Texas Health Center for Diagnostics and Surgery

CONSENTIMIENTO MÉDICO INFORMADO

Atención médica y procedimientos quirúrgicos

AL PACIENTE: Usted tiene derecho a que se le informe sobre: 1) su enfermedad, 2) la atención médica o procedimiento quirúrgico recomendado, y 3) los riesgos relacionados con dicha atención o procedimiento. Le presentamos esta información con el fin de que usted pueda tomar la decisión de dar o no dar su consentimiento para recibir esta atención médica o procedimiento quirúrgico. Le exhortamos a que consulte con su médico o proveedor médico sobre cualquier pregunta que pueda tener antes de firmar este formulario.

Descripción de la atención médica o procedimiento quirúrgico

De manera voluntaria, solicito a mi médico o proveedor médico [nombre/credenciales] _____, así como a otros proveedores médicos, que den el tratamiento necesario a mi enfermedad, a saber: _____

_____

Quedo enterado de que se tiene previsto aplicarme la siguiente atención médica o procedimiento quirúrgico:

_____

_____

_____

Residentes, profesionales médicos cualificados y proveedores

Entiendo que, además de mi médico cirujano, otros médicos (por ejemplo, residentes) podrían realizar tareas relacionadas con mi cirugía, de conformidad con las políticas del hospital y bajo la supervisión de mi médico.

Entiendo que, durante mi tratamiento, otros profesionales médicos cualificados que no son médicos podrían participar en mi cirugía, incluso en la administración de la anestesia. Entiendo que dichos profesionales médicos cualificados solo realizarán tareas que estén dentro del alcance de su práctica, en virtud de lo dispuesto por las leyes y reglamentos estatales, y para las cuales el hospital los haya autorizado.

Entiendo que, si mi médico lo solicita, un proveedor o representante del equipamiento médico (que no sea un asociado o afiliado del hospital) podría estar presente durante la realización de mi cirugía bajo la supervisión y monitorización de mi médico.

Otras atenciones médicas o procedimientos quirúrgicos que podrían ser necesarios

Comprendo que, durante las atenciones o procedimientos quirúrgicos que yo reciba, mi médico o proveedor médico podría descubrir otros problemas que requieran atenciones o procedimientos adicionales o distintos a los que originalmente se previeron.

Autorizo a mis médicos o proveedores médicos a usar su criterio profesional para realizar las atenciones o procedimientos adicionales o distintos que consideren necesarios.

El uso de sangre

Por favor, escriba sus iniciales junto a "Sí" o "No":

_____Sí _____ No Doy mi consentimiento para que se use sangre y hemoderivados, según sea necesario para mi buena salud, durante la atención médica o los procedimientos quirúrgicos. Existe el riesgo de que, con el uso de sangre o hemoderivados, se presente alguna de las siguientes situaciones:

1. Una infección grave, como hepatitis o una ocasionada por el VIH, entre otras, que podría provocar un daño orgánico y un deterioro permanente.
2. Daños relacionados con la transfusión que podrían lesionar los pulmones, el corazón, el hígado, los riñones y el sistema inmunitario.
3. Una reacción alérgica grave, que podría ser mortal.

PATIENT STICKER

Riesgos relacionados con esta atención médica o procedimiento quirúrgico

Al igual que puede haber riesgos y peligros para mi salud si no recibo ningún tratamiento, también existen riesgos y peligros relacionados con la atención médica o procedimiento quirúrgico que se tiene previsto realizarme.

Comprendo que toda atención médica o procedimiento quirúrgico supone también ciertos riesgos, que pueden ser de menores a graves. Entre estos riesgos se cuentan: infección; formación de coágulos sanguíneos en las venas, los pulmones u otros órganos; hemorragia (sangrado intenso); reacciones alérgicas; mala cicatrización de las heridas, o la muerte.

Las probabilidades de que algo de lo anterior ocurra varían en cada persona, ya que dependen de la atención médica o procedimiento quirúrgico y del estado de salud del paciente.

Los riesgos de esta atención médica o procedimiento quirúrgico incluyen, entre otros **[Incluya aquí los riesgos de la Lista A y riesgos adicionales si los hay / include List A risks here and additional risks if any]**:

Consentimiento para someterse a esta atención médica o procedimiento quirúrgico

Mediante mi firma más abajo, doy mi consentimiento para que se me realice la atención médica o procedimiento quirúrgico descrito anteriormente. Reconozco lo siguiente:

- Quedo enterado de que esta atención médica o procedimiento quirúrgico no garantiza la conclusión o la curación de mi enfermedad.
- Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas para aclarar mis posibles dudas sobre lo siguiente:
    1. Tratamientos alternativos,
    2. Los riesgos de no recibir ningún tratamiento,
    3. Los pasos que se sucederán durante la atención médica o procedimiento quirúrgico al que me someta, y
    4. Los riesgos y peligros de someterse a esta atención médica o procedimiento quirúrgico.
- Considero que he recibido la información suficiente para poder otorgar mi consentimiento informado.
- Declaro que el contenido del presente formulario se me ha explicado en su totalidad y que sus espacios en blanco han sido rellenados.
- He leído este formulario o alguien me lo ha leído.
- Entiendo la información contenida en este formulario.

Si alguna de las anteriores declaraciones no es válida para usted, comuníquese con su médico o proveedor médico antes de continuar.

El paciente / Otro representante legalmente autorizado (es obligatoria la firma):

Nombre en letra de molde _____ Firma _____

Si usted es el representante legalmente autorizado,

indique cuál es su relación con el paciente: _____

Fecha: _____ Hora: _____ A.M./P.M.

Testigo:

Nombre en letra de molde _____ Firma _____

Dirección (calle o apartado postal) _____

Ciudad, estado, código postal _____

09/2022

PATIENT STICKER