



CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTO PARA EL ALIVIO DEL DOLOR O ANESTESIA REGIONAL

Solicito y acepto un procedimiento para anestesia regional o para el alivio del dolor llamado _____
(El profesional debe completar el nombre del procedimiento)

y entiendo que el propósito de este procedimiento es _____
(El profesional debe describir el procedimiento en términos no médicos)

Este procedimiento será realizado por _____
 o su(s) asociado(s) y cualquier asistente que el profesional designe.

Me han informado que este procedimiento puede estar asociado con posibles beneficios, riesgos o efectos secundarios, tales como, entre otros, sangrado, infección, fracaso en el logro del resultado esperado, dolor, daños en el sistema nervioso o parálisis, posible lesión en una extremidad mientras está adormecida, dolor de cabeza, dolor de espalda, reacciones alérgicas, reacciones a drogas tóxicas que pueden causar convulsiones, y daño en los tejidos circundantes, incluidos los posibles problemas que podrían presentarse durante la recuperación. Me han informado sobre las alternativas y los riesgos, beneficios y efectos secundarios relacionados con las alternativas.

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. Doy mi autorización para esto siempre y cuando no se revele mi identidad. Entiendo que estas fotografías pueden usarse para la enseñanza. También 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 en caso de que uno o más de mis proveedores de atención médica se haga un pinchazo, una lesión profunda o tenga exposición a mi sangre o mis fluidos corporales, puede extraerse esa sangre para realizar un análisis para comprobar la posible presencia de hepatitis, y que el resultado de ese análisis de hepatitis puede divulgarse a los proveedores de atención médica que sufrieron la exposición.

También 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 además de: _____
(El paciente debe especificar la restricción o escribir "Ninguna")

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. Todos los espacios en blanco están completados o tachados antes de que yo firme el documento.

| | | | |
|--|---|-------|------|
| Firma del paciente, padre/madre, tutor, representante de cuidado o de la salud u otro representante del paciente | Relación (si quien firma no es el paciente) | Fecha | Hora |
| Firma del testigo <small>(de 18 años de edad como mínimo, que no sea el médico a cargo de este procedimiento)</small> | Cargo o relación con el paciente | Fecha | Hora |

Se han utilizado los servicios de un intérprete o asistencia especial para obtener el consentimiento de este paciente. _____
(Nombre del intérprete)

Confirmando que he explicado el procedimiento, los riesgos, los beneficios y las alternativas pertinentes, los beneficios y efectos secundarios relacionados con las alternativas, incluidos los posibles resultados de no recibir atención, tratamiento ni servicios.

| | | |
|--|-------|------|
| Firma y N° de identificación del profesional | Fecha | Hora |
|--|-------|------|



CONSENT FOR PAIN PROCEDURE OR REGIONAL ANESTHESIA

PHYSICIAN VERIFICATION (Check all that apply)

PART A. ASSESSMENT AND REASSESSMENT OF PATIENT:

(**ONLY** Outpatient / Same Day Surgical and Invasive Procedures **MUST** have the History and Physical examination completed within 30 days, updated within 24 hours of surgical/invasive procedure.)

I verify that I have reviewed this consent and confirm the accuracy of the document including the description of the procedure. I have reviewed the operative/procedural plan with the Anesthesiologist and the Nursing staff. I have examined the patient and updated the patient's current condition, and/or completed a new History and Physical, and determined this specific operation/procedure is indicated at this time.

PART B. SURGERY/PROCEDURE SIDE/SITE VERIFICATION

ATTENDING SITE/SIDE VERIFICATION

I have marked the site(s) and side(s) of surgery as required by Stony Brook University Medical Center policy.

OR

The site/side marking(s) of the _____ as required by Stony Brook University Medical Center policy could not be done for the following reason(s): _____

Attending Performing Surgery/Procedure Signature

ID#

Date

Time

ANESTHESIOLOGY SITE/SIDE VERIFICATION (When present)

I confirm that I have verbally verified the correct operative/procedural site/side with the patient. If the **patient's** status prohibits verbal verification of correct site/side, **verification** obtained utilizing the medical record.

Attending Anesthesiologist Signature

ID#

Date

Time

NURSE SITE/SIDE VERIFICATION

I confirm that I have identified the operative site/side and that the patient is marked or an exception was documented as above. There is oral agreement among the attending performing the operation/procedure, the Anesthesiologist and myself.

Nurse Signature

ID#

Date

Time

****Documentation of the Time Out Process is noted in
the Intra-Operative Nurses Record or Procedure Note.***

An interpreter or special assistance was used to verify site/side verification from this patient.

(Name of Interpreter)