



CONSENTIMIENTO PARA CIRUGÍA O PROCEDIMIENTO Y ANESTESIA

Solicito y autorizo un procedimiento quirúrgico denominado _____

y comprendo que el objetivo de este procedimiento es _____

Este procedimiento será realizado por _____

Me han informado que este procedimiento puede estar asociado con posibles beneficios, riesgos o efectos secundarios, que incluyen, entre otros _____

Me han informado sobre las alternativas, los beneficios y los efectos secundarios relacionados con las alternativas. Me han informado cuáles son las probabilidades de alcanzar mis objetivos y sobre los posibles problemas que podrían presentarse durante la recuperación.

- **Doy mi consentimiento** para la administración de anestesia y medicamentos relacionados, según lo consideren necesario los miembros del personal de **Anestesiología de Stony Brook, UFPC**.
- **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. Comprendo que se pondrá el mejor empeño para ocultar mi identidad. Comprendo que algunas de estas fotografías/grabaciones en video se pueden utilizar para fines educativos y que pueden no ser conservadas o formar parte de mi historia clínica. También comprendo que es posible que las fotografías/grabaciones en video para planificar, controlar o registrar mi tratamiento formen parte de mi historia clínica.
- **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.
- **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 a **excepción** de las escritas más abajo:

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 que me dieron.

Firma del paciente o del representante autorizado _____ Relación (si quien firma no es el paciente) _____ Fecha _____ Hora _____

*If other than Patient, provide a reason _____

Signature of Witness _____ Title or Relationship to Patient _____ Date _____ Time _____
 (Age 18 or older, other than Practitioner performing procedure)

An interpreter or special assistance was used _____ (Name of Interpreter) _____ ID# as applicable

I verify that I have explained the procedure, relevant risks, benefits and alternatives, benefits and side effects related to alternatives, potential problems during recuperative phase, treatment and services, and possible results of not receiving care.

Signature of Practitioner _____ ID# _____ Date _____ Time _____

COMPLETED CONSENT FORM VALID UP TO FOUR MONTHS

