

**HUNTINGTON HOSPITAL
CONSENTIMIENTO PARA UNA OPERACIÓN o
PROCEDIMIENTO**

Nombre: _____
Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____
Cuenta núm.: _____ Religión: _____
Núm. de exp. médico: _____
Dr. que atiende al paciente: _____

1. Por medio de la presente, autorizo al Dr. _____ y a sus asistentes Dr. _____ para realizar en _____ la siguiente operación o procedimiento:

Esto incluye la toma de fotografías, videos, el uso de televisores u otros medios de observación de la operación o procedimiento que puedan considerarse útiles para el avance de los conocimientos médicos y/o la educación, con el entendimiento de que mi identidad o la del paciente permanecerá en el anonimato y que todas las fotografías y cintas de video serán propiedad del hospital y el médico.

2. Se me ha informado completamente sobre el propósito, los beneficios esperados y las posibles complicaciones de la operación o procedimiento. Se me han explicado otras opciones disponibles en vez de la operación o procedimiento planeado, incluida la opción de no recibir tratamiento alguno. Se me dio la oportunidad de hacer preguntas, y todas mis preguntas fueron contestadas por completo y a mi satisfacción.
3. Entiendo que durante el transcurso de la operación o procedimiento podrían surgir situaciones imprevistas que requieran la realización de procedimientos distintos de aquellos que hayan sido planeados. Por consiguiente, doy mi consentimiento para la realización de operaciones o procedimientos adicionales, que el médico nombrado anteriormente o sus asistentes pudieran considerar necesarios.
4. Además, doy mi consentimiento para la administración de cualquier anestésico que pudiera necesitarse. Reconozco que siempre hay riesgos para la salud y la vida relacionados con la anestesia.
5. He sido informado y doy mi consentimiento para que el representante o los representantes de apoyo técnico del fabricante [personas que no son empleados del hospital] estén presentes durante el procedimiento, según se considere necesario o recomendable.
6. El hospital puede desechar, conforme a las prácticas estándar habituales, cualquier tejido o parte que sea extirpado quirúrgicamente. Se dará la debida consideración a las peticiones razonables del paciente o de su representante con respecto a dicho desecho, de conformidad con CDC, OSHA y las leyes y regulaciones para el control de infecciones.
7. Reconozco que no se me ha garantizado o asegurado nada con respecto a los resultados esperados de la operación o procedimientos.
8. Si llegara a ser necesario durante mi operación o el período post operatorio inmediato, también doy mi consentimiento para la transfusión de sangre y/o productos sanguíneos. Asimismo, entiendo que a pesar del cuidadoso proceso de pruebas y procedimientos de detección sistemática realizados en la sangre y los productos sanguíneos por las agencias que los obtienen, yo todavía podría estar sujeto a efectos perjudiciales como resultado de recibir una transfusión de sangre y/o productos sanguíneos. Los siguientes son algunos de los posibles beneficios de una transfusión: reestablece la sangre y la capacidad del transporte de oxígeno que se pierden por medio de hemorragia o debido a una anemia, previene graves enfermedades o la muerte debido a la pérdida de sangre. Los productos sanguíneos, es decir, plasma fresco congelado, plaquetas, crioprecipitado, podrían ayudar a reestablecer la capacidad de coagulación normal de la sangre. Los siguientes son algunos, pero no todos, los posibles riesgos que se me han informado que pueden ocurrir: fiebre (calentura) y reacciones alérgicas, reacciones hemolíticas, transmisión de enfermedades tales como la hepatitis, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y el citomegalovirus (CMV), y la hipervolemia (aumento anormal del volumen del plasma en el cuerpo).
9. Confirmando que he leído y que entiendo lo anterior en su totalidad, y que todos los espacios en blanco fueron llenados antes de que yo firmara este documento. He tachado cualquier párrafo o las palabras que no atañen a mi caso.
10. Autorizo al Hospital Huntington a divulgar mi número de seguro social al fabricante de cualquier dispositivo médico que yoreciba. Entiendo que mi número de seguro social se utiliza sólo para ubicarme o ponerse en contacto conmigo si fuese necesario con respecto al dispositivo médico. Exonero al Hospital Huntington (Huntington Hospital) su comisión administrativa, funcionarios, directores, agentes, asignados, empleados, estudiantes y personal médico de cualquier responsabilidad que podría resultar de la divulgación de esta información. Patient Refused (Please check box)

Fecha: _____ Hora: _____ Firma del paciente: _____

Firma del pariente o tutor: _____ Relación: _____

Firma del testigo: _____ Nombre impreso: _____

Firma del intérprete: _____ Nombre impreso: _____

RECHAZO DE PRODUCTOS SANGUÍNEOS: Rehúso la transfusión de concentrado de eritrocitos, plaquetas, plasma o glóbulos blancos, incluso si dicho rechazo pudiera resultar en mi muerte.



(Firma del paciente)

3CNT

