



O R 2 C 2 6 2



Stony Brook
Medicine

Stony Brook, NY 11794

CONSENTIMIENTO PARA CIRUGÍA O PROCEDIMIENTO Y ANESTESIA

Solicito y acepto un procedimiento quirúrgico llamado _____

y entiendo que el propósito 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, tales como, entre otros, _____

incluidos los posibles problemas que podrían presentarse durante la recuperación. Me han informado sobre las alternativas, riesgos, beneficios y efectos secundarios relacionados con las alternativas.

- **Doy mi autorización** 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. Doy mi autorización para esto siempre y cuando no se revele mi identidad. Entiendo que estas fotografías pueden usarse para la enseñanza y es posible que no formen parte del registro permanente. También entiendo que los estudiantes o capacitadores residentes, médicos, 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 fluidos corporales, puede extraerse esa sangre para realizar un análisis para comprobar la posible presencia de hepatitis, y los resultados de ese análisis de hepatitis pueden 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.

| | | | |
|---|---|-------|------|
| Firma del paciente, padre/madre, tutor, agente de la salud u otro representante del paciente* | Relación (si es otra persona que no sea el paciente) | Fecha | Hora |
|---|---|-------|------|

*If other than patient, provide a reason: _____

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

____ An interpreter or special assistant was used to obtain consent from this patient. _____
(Name of Interpreter)

____ I verify that I have explained the procedure, relevant risks, benefits and alternatives, benefits and side effects related to alternatives, including the possible results of not receiving care, treatment and services.

____ I verify that patient has an active Do Not Resuscitate order; DNR Status Form # RM2C445 completion required, OR

____ I verify that patient does not have an active Do Not Resuscitate order at this time.

| | | | |
|---------------------------|------|------|------|
| Signature of Practitioner | ID # | Date | Time |
|---------------------------|------|------|------|

