

ENGLISH	SPANISH
CONSENT TO OPERATION, ANESTHESIA OR OTHER PROCEDURE PATIENT: _____ DATE: _____ TIME: _____ 1. I hereby authorize Dr. _____ and his or her chosen associates and assistants to perform the following operation(s) and/or procedure(s): 2. I consent also to the performance of any related surgery or procedures other than or in addition to the above if deemed necessary or advisable by my physician for therapeutic or for diagnostic purposes during the course of the operation(s) or procedure(s) described above. 3. I affirm that the nature, purpose and material risks, complications, and consequences of the above operation/procedure as well as its alternatives have been explained to me <i>by my</i> physician, and that all the questions I had concerning the operation/procedure have been answered and that with this knowledge I have given my consent to the operation/procedure. 4. I recognize that my physician is exercising his/her medical judgment in furnishing me with these explanations and answers and that he/she is an independent contractor and not an agent, servant, or employee of the Hospital. I acknowledge that I do not look to the Hospital, its agents, servants, or employees to furnish me with such explanations or answers. 5. I understand that the explanations and answers that I have received are not necessarily exhaustive and that other, more remote risks, complications, or consequences may arise. I understand that a more detailed and complete explanation of any of the foregoing matters will be given to me by the physician if I so desire but acknowledge that I do not desire any further explanations or answers. 6. I affirm that I am aware that the practice of medicine and surgery is not an exact science, and I acknowledge that I have been given no guarantee or assurance as to any results that may be obtained. 7. I am aware that inherent in the performance of any operation/procedure may be risks such as (but not limited to) infection, cardiac arrest, respiratory arrest, shock, embolism, and blood loss as well as reactions to administration of anesthesia, diagnostic agents, medication, or blood and that these or others could possibly cause permanent disability or death. I understand that I may inquire of my physician for additional information. 8. I consent to the administration of such anesthetics and adjuncts related to anesthesia as may be deemed advisable in the judgment of the anesthesiologist or nurse anesthetist or other person responsible for the administration of anesthesia. 9. I consent to the administration of such diagnostic agents, medication, and blood, plasma or plasma expanders as may be deemed advisable. 10. I authorize the disposal of any .tissue removed to be at the discretion of the pathologist. 11. I acknowledge that I understand that those physicians who staff the anesthesia, radiology, emergency, and pathology departments at the Hospital as well as nurse anesthetists are not agents, employees, or servants of the Hospital but are independent contractors. 12. For purposes of medical education, I consent to the admittance of observers to the operating room and to the	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA OPERACIÓN, ANESTESIA U OTROS PROCEDIMIENTOS PACIENTE: _____ FECHA: _____ HORA: _____ 1. Por medio del presente autorizo al/a la Dr(a). _____ así como a su personal asociado y asistentes(as) a realizar la(s) operación(es) y/o el (los) procedimiento(s) siguientes: 2. Del mismo modo, doy mi consentimiento para llevar a cabo cualquier otro tipo de cirugía relacionada u otros procedimientos distintos o adicionales a los antes mencionados, de ser considerado necesario o aconsejable por mi médico(a) con fines terapéuticos o de diagnóstico durante el curso de la(s) operación(es) y/o el (los) procedimiento(s) previamente descrita(o/as/os). 3. Afirmo que mi doctor(a) me explicó la naturaleza, el propósito, los riesgos materiales, las complicaciones y las consecuencias derivadas de dicha(o) operación/procedimiento, al igual que de sus alternativas; contestó todas mis preguntas concernientes a la (al) misma(o) y con este conocimiento doy mi permiso para su realización. 4. Reconozco que mi doctor(a) está ejerciendo plenamente su juicio médico al proveerme estas explicaciones y respuestas, que es un(a) contratista independiente mas no un(a) agente, funcionario(a) o empleado(a) del hospital. Declaro que no solicitaré dichas explicaciones y respuestas de la institución, sus agentes, funcionarios o empleados(as). 5. Entiendo que las explicaciones y respuestas recibidas no son necesariamente exhaustivas y que existe la leve posibilidad de que otros riesgos, complicaciones o consecuencias se presenten. Comprendo que mi doctor(a) me dará una explicación más detallada o completa al respecto si así lo deseo, mas confirmo que este no es el caso. 6. Afirmo que estoy consciente de que la práctica de la medicina y la cirugía no son ciencias exactas y que, por lo tanto, no existe garantía o seguridad de los resultados a obtener. 7. Estoy en conocimiento de todo lo relacionado con los riesgos inherentes al desempeño de cualquier operación/procedimiento, tales como: infección, paro cardíaco, paro respiratorio, conmoción, embolia, pérdida de sangre, así como reacciones a la anestesia, agentes de diagnóstico, medicación o sangre y que estos u otros podrían causar una discapacidad permanente o la muerte. Entiendo que puedo solicitar información adicional a mi médico(a). 8. Doy permiso para que se me administren anestésicos o complementos de los mismos a juicio del/de la anestesiólogo(a) o el/la enfermero(a) anestesista u otra persona responsable de suministrarlos. 9. Apruebo que se me administren agentes de diagnóstico, medicación, sangre, plasma o expansores de plasma de estimarse necesario. 10. Autorizo la eliminación de cualquier tejido extraído a discreción del/de la patólogo(a). 11. Afirmo que comprendo que los/las médicos(as) de los departamentos de Anestesiología, Radiología, Emergencias y Patologías del hospital, tanto como los/las enfermeros(as) anestesistas no son agentes, empleados(as) o funcionarios(as) del mismo sino contratistas independientes. 12. Doy mi permiso para que haya observadores(as) presentes en el quirófano y tomen fotografías por motivos educativos dentro del recinto.

taking of photographs to be limited to the surgery site.

13. I also consent to the performance of diagnostic tests appropriate for the condition of or to ascertain the condition of the patient (or of any newborn child of the patient).

I certify that I have read and fully understood all paragraphs of the foregoing; that the explanations and answers referred to herein were given and that I understand them; that any questions that I had have been answered; and that all blanks requiring completion were filled in before I signed.

Witness

Patient Signature

Patient Surrogate for Health Care and related decisions
(when patient is a minor or otherwise unable to make
or communicate his or her own Health Care decisions).

Surrogate Relationship

13.También doy mi consentimiento para que se realicen pruebas diagnósticas ajustadas a la condición del/de la paciente o para determinar la misma (o de un(a) recién nacid(a) del/de la paciente).

Certifico que lei y entendí a cabalidad todos los párrafos precedentes, se me dieron las explicaciones y respuestas aquí referidas y las comprendo, se me respondió cualquier pregunta que tuve y se llenaron los campos requeridos antes de firmar.

Testigo

Firma del/de la paciente

Representante legal del/de la paciente para decisiones en materia de salud y relacionados
(cuando el/la paciente es un(a) menor o está incapacitado(a) para decidir o comunicar su decisión)

Vínculo del/la representante legal con el/la paciente