

Patient Name

DOB

MRN

Physician

CSN



Consentimiento PARA PROCEDIMIENTOS INVASIVOS O COMPLEJOS (Consent FOR INVASIVE OR COMPLEX PROCEDURES)

Yo estoy de acuerdo con que el Dr. _____ realice un(a)

_____ (nombre de [l] tratamiento, la operación o el procedimiento).

1. Yo entiendo que otros profesionales también pueden llevar a cabo partes de mi procedimiento. Esto puede incluir el comienzo y la finalización de dicho procedimiento. También puede incluir cambios o extracciones de tejido de mi cuerpo. Puede incluir la colocación de dispositivos médicos dentro de mi cuerpo. Durante el procedimiento, pueden estar presentes estudiantes, representantes de ventas técnicas y demás personal. Mi médico estará presente y estará a cargo de toda mi atención.
2. Mi médico habló conmigo acerca del procedimiento. Yo entiendo la manera en que éste puede ayudarme. También entiendo que este procedimiento implica riesgos y complicaciones. Mi médico me habló acerca de ellos. Yo sé que puedo hacer otras elecciones en lugar de este procedimiento. Esto puede incluir que no se me proporcione tratamiento alguno. Yo entiendo que las otras elecciones también implican beneficios, riesgos y complicaciones.
3. Mi médico prevé que este procedimiento me ayudará pero no me prometió que obtendré beneficios de dicho procedimiento. Yo puedo decidir si los beneficios justifican los riesgos.
4. Ningún procedimiento está completamente libre de riesgos. Algunos riesgos son conocidos. Yo entiendo que durante mi procedimiento pueden suceder cosas inesperadas. Mi médico me ha hablado acerca de los posibles problemas que pueden surgir durante mi recuperación del procedimiento.
5. Esto puede significar que mi médico puede tener que realizar otros procedimientos no inicialmente planeados. También es posible que se me deba hacer una transfusión de sangre. Yo estoy de acuerdo y solicito a mi médico que realice los procedimientos necesarios para tratar mi afección como se presente en ese momento.
6. Yo consiento en que se me administre un fármaco o agente durante el procedimiento para hacer desaparecer la sensación de dolor (anestesia) y para hacerme sentir relajación y somnolencia (sedación). Esto me puede ser administrado por mi médico o por un especialista en anestesia.



Confidentiality of this medical record shall be maintained except when use or disclosure is required or permitted by law, regulation, or written authorization by the patient.



AL REVERSO →

DO NOT MARK BELOW THIS LINE

BARCODE ZONE

DO NOT MARK BELOW THIS LINE

© Corewell Health

X09039 (1/18) – Front - Spanish
(English X23479) (Karen X15991)
(Burmese X16005) (Nepali X16035)
(Vietnamese X27765)



7. Yo entiendo que el personal puede tomar fotografías y filmar videos durante mi procedimiento. Las fotografías y películas resultantes pueden ser colocadas en mi historia clínica y ser usadas con propósitos educativos. El hospital protegerá mi identidad.

Patient Name

DOB

MRN

Physician

CSN

8. Al firmar este formulario, yo acepto que:

- He leído este formulario o este formulario me ha sido explicado en palabras que puedo entender.
- Entiendo este formulario.
- He tenido tiempo de hablar con el médico acerca de mi procedimiento y mis preguntas han sido respondidas.
- Deseo que se me realice este procedimiento.

Por la presente declaro que he leído / se me ha leído este formulario; que el mismo se me explicó en la fecha indicada a continuación por escrito y que entiendo totalmente su contenido.

Hora **Fecha** Firma de(l)/la paciente

HORA **FECHA** Testigo de la firma

Si el/la paciente es menor de 18 años de edad o si, por cualquier otra razón, debe completarse lo siguiente:

Yo, _____, por la presente certifico que soy el/la _____ de(l)/la paciente; que el/la paciente no puede dar su consentimiento por ser menor, o porque: _____

Hora **Fecha** Firma de(l) padre / la madre, tutor(a) legal, intercesor(a) por e(l)/ la paciente o familiar más cercano

HORA **FECHA** Testigo de la firma

DECLARACIÓN PARA PROCEDIMIENTOS INVASIVOS SOLAMENTE

Yo he revisado el formulario de consentimiento del paciente. El procedimiento para el cual el paciente ha dado su consentimiento está en conformidad con el plan para dicho paciente. He hablado acerca de los riesgos, los beneficios y las posibles complicaciones del procedimiento planeado, como así también acerca de los riesgos, los beneficios y las posibles complicaciones de los tratamientos alternativos con el paciente y/o su familia, quien(es) expresa(n) entender y desea(n) proceder.

Si el consentimiento fue firmado más de 30 días antes del procedimiento, yo confirmo que no se ha producido ningún cambio material en la afección/condición del paciente que pudiera alterar el riesgo de este procedimiento para dicho paciente.

HORA _____ AM PM **FECHA** _____ Firma del médico _____

Número de localizador personal _____

SERVICIOS DE INTERPRETACIÓN

Yo certifico que he interpretado, a mi leal saber y entender, al y del idioma principal declarado por el/la paciente, todo lo dicho durante la conversación de consentimiento fundamentado.

HORA _____ AM PM **FECHA** _____ Firma de(l)/la intérprete _____

Nombre de(l)/la intérprete (en letra de imprenta) _____