

DISCLOSURE AND CONSENT

Medical and Surgical Procedures

TO THE PATIENT: You have the right, as a patient, to be informed about your condition and the recommended surgical, medical, or diagnostic procedure to be used so that you may make the decision whether or not to undergo the procedure after knowing the risks and hazards involved. This disclosure is not meant to scare or alarm you; it is simply an effort to make you better informed so you may give or withhold your consent to the procedure.

I (we) voluntarily request Dr. _____ as my physician, and such associates, technical assistants and other health care providers as they may deem necessary, to treat my condition which has been explained to me (us) as:

_____.

I (we) understand that the following surgical, medical, and/or diagnostic procedures are planned for me and I (we) voluntarily consent and authorize these procedures:

_____.

I (we) understand that my physician may discover other or different conditions which require additional or different procedures than those planned. I (we) authorize my physician, and such associates, technical assistants and other health care providers to perform such other procedures which are advisable in their professional judgment.

I (we) (do) (do not) consent to the use of blood and blood products as deemed necessary.

I (we) understand that no warranty or guarantee has been made to me as to result or cure.

Just as there may be risks and hazards in continuing my present condition without treatment, there are also risks and hazards related to the performance of the surgical, medical and/or diagnostic procedures planned for me. I (we) realize that common to surgical, medical, and/or diagnostic procedures is the potential for infection, blood clots in veins and lungs, hemorrhage, allergic reactions, and even death. I (we) also realize that the following risks and hazards may occur in connection with this particular procedure:

_____.

I (we) understand that anesthesia involves additional risks and hazards but I (we) request the use of anesthetics for the relief and protection from pain during the planned and additional procedures. I (we) realize the anesthesia may have to be changed possibly without explanation to me (us).

I (we) understand that certain complications may result from the use of any anesthetic including respiratory problems, drug reaction, paralysis, brain damage or even death. Other risks and hazards which may result from the use of general anesthetics range from minor discomfort to injury to vocal cords, teeth or eyes. I (we) understand that other risks and hazards resulting from spinal or epidural anesthetics include headache and chronic pain.

I (we) have been given an opportunity to ask questions about my condition, alternative forms of anesthesia and treatment, risks of nontreatment, the procedures to be used, and the risks and hazards involved, and I (we) believe that I (we) have sufficient information to give this informed consent.

I (we) certify this form has been fully explained to me (us), that I (we) have read it or have had it read to me (us), that the blank spaces have been filled in, and that I (we) understand its contents.

PATIENT/OTHER LEGALLY RESPONSIBLE PERSON (signature required)

DATE: _____ **TIME:** _____ **A.M./P.M.**

WITNESS:

Signature

Name (Print)

Address (Street or P.O. Box)

City, State, Zip Code

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

Procedimientos médicos y quirúrgicos

AL PACIENTE: Usted tiene el derecho como paciente a que se le informe sobre su condición y a que se le recomiende el procedimiento quirúrgico, médico o diagnóstico que se utilizará para que, después de conocer los riesgos y peligros involucrados, usted pueda tomar la decisión de seguir con el procedimiento o no. Esta divulgación de información no tiene como propósito el asustarle ni alarmarle; es sencillamente una medida para mejor informarle para que así usted pueda dar o negar su consentimiento al procedimiento.

Yo solicito (nosotros solicitamos) voluntariamente al (a la) Dr(a). _____ como mi médico, y tales socios, ayudantes técnicos, y otros proveedores de atención de salud como ellos estimen necesario, que traten mi condición, la cual se me (se nos) ha explicado como:

Yo entiendo y acepto (nosotros entendemos y aceptamos) que los siguientes procedimientos quirúrgicos, médicos y / o diagnósticos son planificados para mí, y doy (damos) el consentimiento voluntariamente para estos procedimientos y autorizo (autorizamos) estos procedimientos:

Yo entiendo y acepto (nosotros entendemos y aceptamos) que quizá mi médico descubra otras o diferentes condiciones que requerirán procedimientos adicionales o distintos a los ya planificados. Yo autorizo (nosotros autorizamos) que mi médico, y tales socios, ayudantes técnicos y otros proveedores de atención de salud realicen tales procedimientos adicionales que son prudentes en su opinión profesional.

Yo doy (nosotros damos) / Yo no doy (nosotros no damos) consentimiento para el uso de sangre y productos de sangre, como se estime necesario.

Yo entiendo y acepto (nosotros entendemos y aceptamos) que ninguna seguridad ni garantía se me (se nos) ha dado con relación al resultado o a la cura.

Asimismo que podrían haber riesgos y peligros al seguir en mi condición actual sin tratamiento, también hay riesgos y peligros relacionados a la realización de los procedimientos quirúrgicos, médicos y / o diagnósticos planificados para mí. Yo comprendo (nosotros comprendemos) que el potencial para infección, coágulos de sangre en las venas y los pulmones, hemorragia, reacciones alérgicas, y aún muerte, son comunes en los procedimientos quirúrgicos, médicos y / o diagnósticos. Asimismo, yo comprendo (nosotros comprendemos) que podrían ocurrir los siguientes riesgos y peligros con respecto a

este procedimiento en particular:

Yo entiendo y acepto (nosotros entendemos y aceptamos) que la anestesia involucra riesgos y peligros adicionales, sin embargo solicito (solicitamos) el uso de agentes anestésicos para el alivio de y la protección contra el dolor durante los procedimientos ya planificados y los procedimientos adicionales. Yo comprendo (nosotros comprendemos) que posiblemente se tendría que cambiar la anestesia sin darme (darnos) explicación.

Yo entiendo y acepto (nosotros entendemos y aceptamos) que ciertas complicaciones podrían resultar de la utilización de todos los agentes anestésicos las cuales pueden incluir problemas respiratorios, reacción a medicamentos, parálisis, daño cerebral, o aún muerte. Otros riesgos y peligros que podrían resultar de la utilización de agentes anestésicos generales varían de molestia leve hasta daño a las cuerdas vocales, los dientes, o los ojos. Entiendo y acepto (entendemos y aceptamos) que otros riesgos y peligros que resultan del uso de agentes anestésicos espinales o epidurales incluyen dolores de cabeza y dolor crónico.

Se me (se nos) ha dado una oportunidad de hacer preguntas sobre mi condición, las clases de alternativas de anestesia y de métodos alternativos de tratamiento, los riesgos si no se recibe tratamiento, los procedimientos que se utilizarán y los riesgos y peligros involucrados en ellos, y que según mi (nuestro) leal saber y entender yo tengo (nosotros tenemos) la información suficiente para dar este consentimiento consciente.

Yo afirmo (nosotros afirmamos) que se me (se nos) explicó este formulario en su totalidad y que lo he (hemos) leído o que se me (se nos) ha leído, que se han llenado los espacios en blanco, y que entiendo y acepto (entendemos y aceptamos) su contenido.

FIRMA DEL PACIENTE / OTRA PERSONA LEGALMENTE RESPONSABLE (firma requerida)

FECHA: _____ **HORA:** _____ **A.M./P.M**

TESTIGO:

Firma

Nombre (letra de molde)
