

**Autorización y Consentimiento para
una Cirugía, Atención, Tratamiento, Diagnóstico
Especial o Procedimiento Terapéutico**

1. Yo, _____
por medio de la presente autorizo y pido a que el(los) siguiente(s) me realicen una cirugía, atención, tratamiento, diagnóstico especial, o procedimiento terapéutico:

Profesional(es) Médico(s): _____

Procedimiento(s): _____

y realicen cualquier otra cirugía, cuidado, tratamiento, diagnóstico especial o procedimiento terapéutico que a su criterio y debido a circunstancias no previstas pueda ser aconsejable para mi bienestar.

La cirugía, atención, tratamiento, diagnóstico especial, o procedimientos terapéutico serán realizados por el(los) médico(s) mencionado(s) arriba.

2. Yo reconozco que el(los) Dr.(es) _____ me ha(n) explicado que la cirugía, atención, tratamiento, diagnóstico especial, o procedimiento terapéutico pueden llevar consigo el riesgo de resultados no satisfactorios, complicaciones, lesiones e inclusive la muerte, tanto de causas conocidas como desconocidas, y no se ofrece ninguna garantía en cuanto al resultado o curación. Entiendo que tengo el derecho de que me informen:

- El tipo y propósito de la atención, tratamiento, servicios, medicamentos, intervenciones, o procedimiento,
- Los posibles beneficios, riesgos o efectos secundarios, incluyendo posibles problemas relacionados con la recuperación,
- La probabilidad de lograr las metas de atención, tratamiento y servicio,
- Las alternativas razonables a la atención, tratamiento y servicio propuestos,
- Los riesgos, beneficios y efectos secundarios relevantes relacionados con las alternativas, incluyendo los posibles resultados de no recibir atención, tratamiento y servicios,
- Cuando se indique, cualquier limitación acerca de la confidencialidad de la información recibida del o acerca del paciente,
- Si el(los) médico(s) mencionado(s) tiene(n) algún interés económico de investigador médico relacionado con la realización de la cirugía, atención, tratamiento, diagnóstico especial o procedimiento terapéutico en cualquier momento antes de su realización y tengo el derecho de saber los posibles riesgos de dicho rechazo. Mi rechazo no impactará mi acceso a atención médica actual o futura.

3. Al firmar abajo, por medio de la presente doy mi consentimiento para que el(los) médico(s) mencionado(s) arriba, y sus colegas me proporcionen cualquier servicio adicional que él/ella/ellos consideren razonable y necesario de acuerdo con las circunstancias, incluyendo sin límite a, la administración y mantenimiento de anestesia y la realización de servicios de patología y radiología. Al firmar abajo, doy mi consentimiento para que el patólogo utilice su criterio para la eliminación o uso de cualquier miembro, órgano u otro tejido de mi persona durante la cirugía o procedimiento mencionado anteriormente, excepto bajo las condiciones siguientes: _____

4. Entiendo que las personas que realicen los servicios de cirugía, anestesia, radiología y patología durante la cirugía, atención, tratamiento, diagnóstico especial, o procedimiento terapéutico estipulados anteriormente no son los empleados, agentes o servidores de Huntington Memorial Hospital, sino que son contratistas independientes y por lo tanto son empleados, agentes y servidores míos.

5. MI FIRMA ABAJO INDICA QUE TODO LO SIGUIENTE ES CIERTO:

- He leído a fondo y entiendo completamente toda la información contenida en este formulario,
- Mi(s) médico(s) me ha(n) explicado por completo el tipo de tratamiento, atención, cirugía o procedimiento, sus complicaciones significantes, riesgos y beneficios, efectos secundarios, posibles problemas de recuperación, la posibilidad de lograr metas, alternativas posibles, las complicaciones y riesgos significantes asociados con estas alternativas y las posibles consecuencias de no recibir ningún tratamiento.
- He tenido la oportunidad de hacer a mi(s) médico(s) cualquier pregunta,
- He recibido toda la información que deseo relacionada con la cirugía o procedimiento y,
- Yo sé que tengo el derecho de rechazar el consentimiento a la cirugía, atención, tratamiento, diagnóstico especial o procedimiento terapéutico.

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____ Hora: _____ am/pm

Testigo: (Molde) _____ (Firma) _____ Fecha/Hora: _____

Operador de Línea de Idiomas #: _____

Intérprete: (Molde) _____ (Firma) _____ Idioma: _____

*** Si el paciente es menor de edad o no puede firmar, por favor conteste lo siguiente:

El paciente es menor de edad: **Sí** **No** El paciente no puede firmar: **Sí** **No**

Explique el Parentesco: _____

Nombre del Firmante: (Molde) _____ (Firma) _____ Fecha/Hora: _____

Testigo: (Molde) _____ (Firma) _____ Fecha/Hora: _____

Operador de Línea de Idiomas #: _____

Intérprete: (Molde) _____ (Firma) _____ Idioma: _____

CONSENTIMIENTO TELEFÓNICO

He hablado con _____, el _____ del paciente mencionado arriba, y he recibido permiso de esta persona para continuar con el (procedimiento) según se describe en la conversación telefónica, y para que administren cualquier de cirugía, atención, tratamiento, diagnóstico especial y procedimiento terapéutico que sea necesario.

Médico: (Molde) _____ (Firma) _____ Fecha: _____ Hora: _____

Testigo: (Molde) _____ (Firma) _____ Fecha: _____ Hora: _____

Testigo: (Molde) _____ (Firma) _____ Fecha: _____ Hora: _____

Operador de Línea de Idiomas #: _____

Intérprete: (Molde) _____ (Firma) _____ Idioma: _____

CERTIFICADO DE EMERGENCIA DEL MÉDICO

Esto es para certificar que el retraso necesario para obtener un completo consentimiento para el tratamiento pondría en peligro la vida de este paciente o su posibilidad de recuperación. **Considero que la operación de emergencia es necesaria.**

Médico: (Molde) _____ (Firma) _____ Fecha: _____ Hora: _____

Testigo: (Molde) _____ (Firma) _____ Fecha: _____ Hora: _____