

**CONSENTIMIENTO PARA
PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS,
MÉDICOS, RADIOLÓGICOS Y OTROS**

- SIN SANGRE -

I. NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO, RIESGOS, BENEFICIOS Y ALTERNATIVAS:

- A. Procedimiento(s): _____

- B. Riesgos específicos, incluyendo, pero no limitados a lo siguiente: _____

- C. El (Los) procedimiento(s), beneficios y alternativas han sido explicadas por: _____
(Nombre del Médico /o de quien realizará el procedimiento)
- D. El (Los) procedimiento(s) serán realizados y/o supervisados por: _____
(Nombre del Médico encargado/o de quien realizará el procedimiento)
- E. Anestesia/Sedantes podrán ser requeridos. Los riesgos de la anestesia (si se aplica) incluyen, pero no son limitados a lo siguiente: Pérdida severa de sangre, infección, daño a los dientes, boca, garganta, o cuerdas vocales, daño a los nervios, daño a los ojos, reacción al medicamento, respiración lenta o paro en la respiración, pérdida de las vías respiratorias, falla del anestésico o sedante, paro cardíaco, riesgos que no se pueden predecir, discapacidad permanente o incluso la muerte **[Si no es aplicable o será planteado por otros, haga una anotación en el punto I.F abajo]**
- F. Comentarios/información adicional: _____

II. CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA EL PROCEDIMIENTO:

- A. Autorizo al Centro Médico de la Universidad de Vanderbilt (VUMC por sus siglas en inglés) a diagnosticar y a tratar mi condición, y autorizo a sus doctores, enfermeras, residentes y otros en entrenamiento, técnicos, asistentes y otros asignados a mi caso, a realizar partes importantes de procedimientos quirúrgicos, médicos, radiológicos y/o invasivos.
- B. Comprendo que mi médico podrá requerir que representantes de compañías de equipo médico estén presentes en el cuarto, para apoyar en el uso del equipo solicitado para mi procedimiento.
- C. Se me ha explicado lo siguiente: el tipo de operación, tratamiento, u otro procedimiento y también su propósito; los beneficios esperados y riesgos, y si mi doctor recomienda que me someta al mismo. Me han sido explicadas las alternativas a esta operación, tratamiento o si existe otro procedimiento, así como los riesgos.
- D. Comprendo que podría necesitar anestesia/sedantes, y de ser así, autorizo y estoy conforme con la administración de anestesia/sedantes.
- E. Comprendo que pueden encontrarse condiciones inesperadas durante la operación, tratamiento o procedimiento, y sea aconsejable extender la operación, tratamiento o procedimiento original. Autorizo y estoy de acuerdo con la extensión de la operación, tratamiento u otro procedimiento, según sea recomendado por el juicio profesional de mi(s) médico(s).
- F. Autorizo y doy consentimiento para el uso, retención, donación o desecho de todos los tejidos, materiales y sustancias que puedan ser removidas normalmente durante la operación, tratamiento u otro procedimiento.
- G. Comprendo que la ubicación de mi procedimiento o incisión quirúrgica será identificada y/o marcada en mi cuerpo antes del procedimiento.
- H. Comprendo las explicaciones que se me han dado, y comprendo que no hay garantía de los resultados de la operación, tratamiento o algún otro procedimiento.

III. FIRMA DEL PACIENTE/REPRESENTANTE DEL PACIENTE: He leído y comprendido esta información, y mis preguntas han sido contestadas.

FIRMA: _____ **NOMBRE IMPRESO:** _____ **Fecha:** _____
Paciente o Representante legal (si el paciente no es capaz de firmar, o es menor de edad) Parentesco _____ **Hora:** _____
_____ **Fecha:** _____
Testigo (requerido para consentimiento por teléfono o a petición de quien realiza el procedimiento) Título _____ **Hora:** _____

IV. FIRMA DEL MÉDICO/QUIEN REALIZARÁ EL PROCEDIMIENTO: Confirmando que el/la paciente/representante del/de la paciente fue capaz de describir en sus propias palabras el procedimiento, los riesgos y beneficios, y las partes de su cuerpo que estarán involucradas.

_____ **Fecha:** _____ **Hora:** _____
Consentimiento obtenido, explicado y presenciado por (firma arriba) (mes/día/año) (hora militar)

V. NOMBRE Y NÚMERO DE CONTACTO DEL INTÉRPRETE (SI APLICA): _____ **Idioma: _____**