CONSENT FOR SURGERY OR PROCEDURE AND ACKNOWLEDGEMENT FOR RECEIPT OF INFORMATION

Consent Procedure

A doctor must have your permission before a surgery or procedure can be done. Your doctor must talk with you about your surgery or procedure. When you sign this form below, it means that you agree to the surgery or procedure. You are also confirming that doctor _____ talked to you about the following:
(Print doctor's name)

- The nature of the surgery or procedure that is recommended
- The reason for the surgery or procedure
- Possible risks and benefits and the likelihood of each
- Problems or complications that might happen after the surgery or procedure
- Alternative procedures or treatments for your condition
- Risks and benefits of alternative surgeries or procedures
- What may happen if you do not have the recommended surgery or procedure
- Use of anesthesia
- The possibility that during the surgery or procedure the doctor may need to do other procedures
- Other licensed healthcare workers, including other doctors, may be involved in the surgery or procedure
- Supervised medical or surgical residents may be involved in the surgery or procedure, at the discretion of your doctor
- Photographs, video or other images may be recorded during the procedure if it is necessary or important for your care
- Right not to have the recommended surgery or procedure
- There is no guarantee about the outcomes of the surgery or procedure

Your permission also allows the doctor to do the following:

1. Give blood transfusions, if necessary. ☐ Yes ☐ No
2. Discard tissue that will not be used for testing. ☐ Yes ☐ No
3. Use tissue removed during my surgery for research. ☐ Yes ☐ No ☐ Not applicable
4. Have healthcare persons watch my surgery or procedure as part of their education. ☐ Yes ☐ No ☐ Not applicable
5. Have representatives of companies, whose products my surgeon is using, observe the surgery or procedure
   ☐ Yes ☐ No ☐ Not applicable

I give permission for Dr._____ to do the following surgery or procedure
(Print doctor's name)

_____
(Print name of surgery or procedure)

_____

on _____.
(Print patient's name)

I have read this form and understand what it means. I understand what the doctor has told me. I have had all questions and concerns answered by the doctor. All blanks were filled in before I signed the form. I understand and accept the risks of the surgery or procedure.

Patient's signature (or Patient's Representative)_____

(If signature is not the patient's, note relationship) Not Applicable Unless Filled In

Date_____ Time _____ a.m./p.m.

If patient is unable to sign, state reason Not Applicable Unless Filled In

☐ **Interpreter used – Print Interpreter's Name** _____

Witness Signature of Licensed Personnel_____ Date_____ Time _____ a.m./p.m.

PATIENT IDENTIFICATION

PRESBYTERIAN

PRINT FORM SAVE FORM RESET FORM

AUTORIZACIÓN PARA UNA CIRUGÍA O PARA UN PROCEDIMIENTO CLÍNICO Y CONSTANCIA DEL RECIBO DE LA INFORMACION

El médico debe recibir su permiso antes de que se pueda realizar una cirugía o un procedimiento clínico. Su médico debe hablarle sobre su cirugía o sobre un procedimiento clínico. Al firmar más abajo este formulario usted indica que está de acuerdo con que se le haga la cirugía o el procedimiento clínico. Además, usted certifica que el médico_____le habló acerca de lo siguiente:
(Escriba el nombre del médico en letra de molde)

- El tipo de cirugía o procedimiento clínico que se recomienda
- El motivo de la cirugía o del procedimiento clínico
- Los riesgos y beneficios de la cirugía o del procedimiento clínico y el nivel de probabilidad de los mismos
- Los problemas o complicaciones que pueden surgir a causa de la cirugía o del procedimiento clínico
- Otros tratamientos o procedimientos para su afección clínica
- Los riesgos y beneficios de las otras cirugías y procedimientos clínicos a su disposición
- Lo que puede suceder si usted no se hace la cirugía o el procedimiento clínico que se recomienda
- El uso de la anestesia
- La posibilidad de que durante la cirugía o el procedimiento clínico, el médico tenga que hacerle algún otro procedimiento clínico
- Otros empleados certificados que prestan servicios clínicos, incluso otros médicos, puedan estar involucrados en la cirugía o el procedimiento clínico
- Los médicos o cirujanos residentes que estén bajo supervisión pueden participar en la cirugía o del procedimiento clínico, a criterio de su médico
- Tal vez se tomen fotografías, videos u otras imágenes durante el procedimiento clínico si es necesario o importante para su atención clínica
- Su derecho de no hacerse la cirugía o el procedimiento clínico
- No hay ninguna garantía con respecto a los resultados de la cirugía o el procedimiento clínico

Su permiso también permite que su médico haga lo que se enumera a continuación:

1. Dar transfusiones de sangre, si fuera necesario. ☐ Sí ☐ No
2. Disponer de tejidos que no se utilizarán para fines de análisis. ☐ Sí ☐ No
3. Utilizar los tejidos que se me remuevan durante la cirugía para fines de investigación. ☐ Sí ☐ No ☐ No es aplicable
4. Que los empleados que prestan servicios clínicos observen mi cirugía o procedimiento clínico como parte de su educación.
   ☐ Sí ☐ No ☐ No es aplicable
5. Que los representantes de las compañías, cuyos productos utiliza mi cirujano, observen la cirugía o el procedimiento clínico
   ☐ Sí ☐ No ☐ No es aplicable

Concedo mi permiso para que el(la) Dr(a)._____lleve a cabo la cirugía o
(Escriba el nombre del médico en letra de molde)

el procedimiento clínico que se indica aquí_____
(Escriba el nombre de la cirugía o del procedimiento en letra de molde)

_____

a_____.
(Escriba el nombre del paciente en letra de molde)

He leído este formulario y comprendo lo que dice. Comprendo lo que me ha dicho el médico. El médico ha respondido todas mis preguntas y aclarado mis preocupaciones. Todas las líneas en blanco se llenaron antes de firmar el formulario. Comprendo y acepto los riesgos de la cirugía o del procedimiento clínico.

Firma del paciente (o del representante del paciente)_____

(Si la firma no es la del paciente, explique su relación con el paciente)_____

Fecha_____ Hora _____ a.m./p.m.

Si el paciente no puede firmar, explique por qué no:_____

☐ **Si se utilizaron los servicios de un intérprete: Escriba el nombre del intérprete en letra de molde:**

_____

Firma del testigo del personal certificado_____

Fecha_____ Hora _____ a.m./p.m.

IDENTIFICACIÓN DE PACIENTE

PRESBYTERIAN