

# CONSENTIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE CIRUGÍA U OTRO TRATAMIENTO DE PROCEDIMIENTO INVASIVO CONSENT FOR SURGERY OR OTHER INVASIVE PROCEDURAL TREATMENT (SPANISH)

1. **PROCEDIMIENTO:** Yo, \_\_\_\_\_ [nombre del paciente], doy mi consentimiento para la realización del/de los siguiente(s) procedimiento(s):

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ [Descripción del/de los procedimiento(s)].

Mi médico ha conversado conmigo y entiendo en qué consistirá mi procedimiento. Me explicó el hecho de que podría recibir anestesia o sedación, o incluso ambas. Comprendo cuáles son mis derechos y responsabilidades para tomar decisiones sobre mi atención médica. Podría haber recibido material educativo adicional. He tomado mi decisión voluntaria y libremente.

2. **RIESGOS:** Mi médico ha conversado conmigo sobre los riesgos específicos relacionados con este procedimiento. En caso de que se presenten estos riesgos, es posible que su tratamiento requiera procedimientos adicionales. Entiendo que los riesgos comunes con cualquier procedimiento incluyen, entre otros: accidente cerebrovascular, falla del dispositivo, infección, lesión nerviosa, coágulos de sangre, infarto de miocardio, reacciones alérgicas, insuficiencia respiratoria, insuficiencia renal, hemorragia y pérdida de sangre grave. Estos riesgos pueden ser graves y hasta mortales. Entiendo y asumo libremente estos riesgos. Se conversará conmigo acerca de los riesgos y efectos secundarios relacionados con la anestesia o la sedación antes de que me someta al procedimiento. Es posible que se me pida que firme un consentimiento por separado con respecto a la anestesia o a la sedación antes de mi procedimiento.

3. **ALTERNATIVAS:** Mi médico me ha explicado la(s) alternativa(s) razonables para este procedimiento. Me habló sobre los riesgos y los beneficios de no someterme al procedimiento. Una vez conocida esta información, decido someterme al/a los procedimiento(s) descrito(s) en este formulario.

4. **BENEFICIOS:** Mi médico ha conversado conmigo sobre los posibles beneficios relacionados con este procedimiento. Entiendo que no hay ninguna certeza de que yo reciba estos beneficios. No se me ha dado ninguna garantía con respecto a los resultados de este procedimiento.

5. **EQUIPO DE ATENCIÓN:** Autorizo a mi médico, \_\_\_\_\_ [nombre del médico], a realizar este procedimiento. Acepto que sea asistido por un equipo de atención que puede incluir proveedores de anestesia, enfermeras, técnicos, especialistas de dispositivos médicos y un equipo quirúrgico. Asimismo, es posible que participen en el equipo otros cirujanos especialistas, residentes, médicos especialistas en formación, estudiantes de medicina u otros profesionales de la salud afines. Autorizo a tales colaboradores o asistentes a realizar partes de la operación o procedimiento bajo la dirección del médico identificado anteriormente.

6. **PRESENCIA EN LA SALA DE OPERACIONES:** Mi médico u otro proveedor debidamente calificado, designado por mi médico, estará presente en la mayor parte del procedimiento quirúrgico o invasivo, lo que abarca las partes clave y críticas, y una vez terminadas las partes de la operación o procedimiento, puede salir de la sala de operaciones. Entiendo que si el médico mencionado con anterioridad sale de la sala de operaciones donde me encuentro, este profesional u otro proveedor debidamente calificado estará disponible de inmediato en todo momento para ayudar o supervisar mi procedimiento si es necesario.

7. **OBSERVADORES:** Mi médico puede permitir observadores durante mi procedimiento. Ellos no forman parte del equipo de atención y no participarán.

8. **TRANSFUSIÓN DE SANGRE:** Mi médico y yo hemos hablado de que podría necesitarse una transfusión de sangre relacionada con este procedimiento como se marca a continuación y de mi preferencia con respecto a la transfusión, incluso en casos en que la transfusión pueda salvar mi vida.

**Médico:** A continuación, marque la opción correspondiente. La selección aquí NO es evidencia de consentimiento o rechazo; proporciona orientación para la documentación apropiada de esas decisiones. Para proceder con el consentimiento o la denegación de la transfusión, complete el documento pertinente por separado.

No se espera que la transfusión de sangre sea necesaria para este procedimiento. No se realizarán pruebas previas a la transfusión (tipo y estudios). No se requieren formularios adicionales.

Es posible que se indique una transfusión de sangre. Se espera que se realicen pruebas previas a la transfusión (tipo y estudios). Para documentar el consentimiento para transfusión use el formulario N.º 397073- *Consentimiento informado para transfusión de sangre*.\*\*

El paciente NO da su consentimiento para la transfusión de sangre, incluso si la transfusión puede salvar su vida. Para documentar el rechazo de transfusión, siga el estándar clínico correspondiente: *Programa sin Sangre para Adultos* o *Programa sin Sangre Neonatal, Pediátrico y para Adultos Dependientes*.\*\*

9. **PATOLOGÍA:** Acepto que cualquier muestra, tal como tejido, sangre, líquidos corporales, etc., sea examinada, eliminada o almacenada, para su uso futuro en estudios médicos o de investigación. Cualquier investigación que implique muestras será analizada por una junta de revisión competente. Entiendo que no se me devolverá mi tejido ni otro material implantado. Las solicitudes de excepciones se revisarán de manera individual, caso por caso.

10. **FOTOGRAFÍA o GRABACIÓN DE VIDEO:** Entiendo que las fotografías o grabaciones de video que se hicieron como parte de mi tratamiento o diagnóstico podrían ser útiles para la educación clínica o publicaciones profesionales. Si se usan de esta manera, entiendo que mis grabaciones serán editadas para que no se me identifique (se referirá como "no identificado"). No se utilizarán las fotografías ni las grabaciones de video para ningún otro fin, sin mi autorización.

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ (Iniciales del paciente) **YO NO autorizo la utilización de mis fotografías o grabaciones de video no-identificadas para educación clínica ni publicaciones profesionales.**

### Day of Procedure

Verify patient consents to the documented procedure.

RN/Tech initials \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Time \_\_\_\_\_

### Day of Procedure

\*\*Verify patient's signed documents are in the medical record.

RN/Tech initials \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Time \_\_\_\_\_

**Todas las preguntas que tenía con respecto a este procedimiento se han respondido a mi satisfacción. Al firmar a continuación, confirmo mi consentimiento para este procedimiento.**

\_\_\_\_\_  
 Firma (del paciente o representante legal)

\_\_\_\_\_  
 Nombre en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
 FECHA

\_\_\_\_\_  
 HORA

\_\_\_\_\_  
 Relación (en caso de no ser el paciente)

### DECLARACIÓN DEL MÉDICO:

He explicado el contenido de este documento al paciente/representante legal y he respondido todas las preguntas del paciente, y a mi leal saber y entender considero que este paciente ha sido informado adecuadamente y ha dado su consentimiento.

\_\_\_\_\_  
 Firma del médico

\_\_\_\_\_  
 Nombre en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
 FECHA

\_\_\_\_\_  
 HORA

Sí, se utilizaron los servicios de un intérprete como parte de este trámite.

### Consent Update

Patient consent validation, if patient signature date is greater than 90 days prior to the procedure date.

Practitioner initials \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Time \_\_\_\_\_

PATIENT LABEL



SEATTLE, WASHINGTON

Form 396230-SPANISH Rev. 07/2018