



Formulario de consentimiento de pacientes para una operación o procedimiento especial

PACIENTE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ N.º DE EXPEDIENTE MÉDICO _____

1. Permiso. Por medio del presente, autorizo a que el doctor _____
(y otros médicos o personas autorizadas en el hospital a quien pueda asignar) realice a _____ la(s)
siguiente(s) operación(es): _____ su nombre (o el nombre del paciente)

_____ (escriba con letra de molde o a máquina)

2. Condiciones imprevistas. Si surge alguna condición imprevista durante la operación o el procedimiento debido a la cual fuera necesario o apropiado realizar otros procedimientos, aparte de los previstos, según el criterio del médico mencionado o de quienes éste designe, solicito y autorizo que se realice dicha operación o procedimientos.
3. Muestras. El hospital puede examinar y conservar para fines médicos, científicos o educativos cualquier órgano o tejido que se extirpe quirúrgicamente, y tales tejidos o partes podrán eliminarse de conformidad con la práctica acostumbrada y las leyes y los reglamentos estatales correspondientes.
4. Fotografías, grabaciones en video, etc. Doy mi consentimiento para fotografiar, grabar video, transmitir imágenes o para cualquier otro método de observación de la operación o los procedimientos que se realizarán, incluidas las partes de mi cuerpo, para fines médicos, científicos o educativos, siempre y cuando las imágenes o los textos descriptivos que las acompañen no revelen mi identidad. También doy mi consentimiento para que se permita el ingreso a los observadores autorizados al quirófano o sala de tratamiento.
5. Explicación del procedimiento, los riesgos, los beneficios y las alternativas. Se me explicó por completo la naturaleza y finalidad de la operación/procedimiento, los posibles métodos alternativos de tratamiento, las complicaciones y los beneficios esperados, las incomodidades relacionadas y los riesgos que implica. Se me dio la oportunidad de hacer preguntas y respondieron de forma clara y satisfactoria todas mis preguntas.
6. También doy mi consentimiento para que se me administre sangre o productos derivados de la sangre según se considere necesario. Reconozco que siempre hay riesgos para la salud asociados con la administración de sangre o productos derivados de la sangre, y me han explicado por completo dichos riesgos.
7. Trasplantes de córnea. Doy mi consentimiento para que se divulgue información al banco de ojos que haya suministrado el tejido que se usó para la cirugía de trasplante de córnea. Entiendo que es posible que el banco de ojos deba contactarme para proteger mi salud.
8. No hay garantías. Reconozco que no se me ha dado ninguna garantía ni seguridad en cuanto a los resultados que puedan obtenerse.

CERTIFICO QUE LEÍ Y QUE ENTIENDO POR COMPLETO EL PRESENTE CONSENTIMIENTO PARA LA OPERACIÓN A LA QUE SE REFIEREN LAS EXPLICACIONES AQUÍ MENCIONADAS, Y QUE TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SE LLENARON ANTES DE QUE FIRMARA EL PRESENTE.

Paciente/pariente/tutor*:	_____	_____	_____
		Fecha	Hora
Relación con el paciente, si firmó alguien que no sea el paciente:	_____	_____	_____
		Fecha	Hora
Intérprete, si se requiere:	_____	_____	_____
		Fecha	Hora
Testigo:	_____	_____	_____
		Fecha	Hora

* Debe obtenerse la firma del paciente, a menos que el paciente sea menor de 18 años de edad y no se haya emancipado o que esté incapacitado por cualquier otra razón para firmar.

CERTIFICACIÓN DEL MÉDICO

Por medio del presente, certifico que expliqué al paciente la naturaleza, la finalidad, los beneficios, los riesgos y las alternativas del procedimiento/operación; que ofrecí responder cualquier pregunta; y que respondí dichas preguntas por completo. Creo que el paciente [pariente/tutor] entiende por completo mi explicación y mis respuestas.

_____	_____	_____	_____
Firma del médico	Nombre del médico en letra de molde	Fecha	Hora

NOTA: ESTE DOCUMENTO DEBE ANEXARSE AL EXPEDIENTE MÉDICO DEL PACIENTE.

(Rev. 4/15/97)