

NEW YORK EYE & EAR INFIRMARY

Consentimiento del Paciente para Operaciones o Procedimientos Especiales



PACIENTE _____

PLANILLA No. _____

FECHA DE NACIMIENTO _____

1. Autorizacion. Por la presente autorizo al Dr. _____ (y a cualquier otro, medico o medicos del Hospital designados por el o ella) a someter a _____ a la(s) siguiente(s) operacion(es):
[yo mismo(a) o paciente]

(Sirvase escribir a maquina o en letras de molde)

2. Situaciones imprevistas. De ocurrir cualquier situacion imprevista en el curso de la operacion o procedimiento, que segun la opinion del medico nombrado mas arriba o los med icos designados por el/ella, requiriera realizar otro, procedimiento u operacion ademas de los mencionados previamente, solicito, y autorizo que se lleven a cabo dichos procedimientos u operaciones.
3. Muestras. Cualquier organo o tejido extirpados quirurgicamente podra ser examinado y conservado por el Hospital para propositos medicos, cientificos y educativos y ta les tejidos o pa rtes podran ser desechados conforme a las practicas, ha bituales y vigen tes en virtud de las leyes y reglamentaciones estatales.
4. Fotografias, grabaciones en video, etc. Autorizo a que, se tomen fotografias, se hagan grabaciones, se transmita por television o se hagan otro tipo de observaciones de la operacion o procedimientos; incluyendo porciones apropiadas de mi cue rpo, para propositos medicos, cientificos o educativos; siempre y cuando mi identidad no quede en evidencia mediante las fotografias o textos descriptivos pertinentes.
5. Explicacion del procedimiento, riesgos, beneficios y alternativas. Me han expli cado los obj etivos y la natu raleza de este procedimiento, los metodos de diagn ostico a lternativos, los b eneficios y las complicaci ones potencia les, a si como las molestias pertinentes y el posible riesgo de lesiones a pesar de tomarse las debidas precauciones. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas las preguntas han sido contestadas a mi entera satisfaccion.
6. Consiento, asimismo a la administraci on de sangre o productos sangui neos segun se considere necesario. Entiendo que siempre existen riesgos para la salud relacionados con la administracion de sangre o productos de sangre y que me han explicado claramente tales riesgos.
7. Transplantes de cornea. Autorizo a divulgar la ii nformacion al banco de ojos que sumi stro el teji do utilizado para. la cirug fa de transplante de comea. Entiendo que para mi propia proteccion es posible que el banco de ojos deba comunicarse conmigo.
8. No se ofrecen garantias. Entien do que no se ofrece garantia al guna con res pecto a l os posibl es resultados de la o peracion o procedimiento.

POR EL PRESENTE CERTIFICO QUE HE LEIDO Y ENTIENDO PLENAMENTE EL CONSENTIMIENTO PARA LA OPERACION, QUE RECIBI LAS EXPLICACIONES MENCIONADAS EN EL MISMO, Y QUE TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO FUERON COMPLETADOS ANTES DE QUE FIRMARA EL FORMULARIO.

Paciente/Familiar/Custodio*: _____
(Firma) (Escribir el nombre en tetras de molde)

Parentesco, si firma otra persona que no sea el paciente: _____

Interprete, si fuera necesario: _____
(Firma) (Escribir el nombre en tetras de molde)

Fecha: _____ Testigo: _____
(Firma) (Escribir el nombre en tetras de molde)

*Debe obtenerse la firma del paciente salvo que este sea menor de 18 anos y no este emancipado, o tenga, otro tipo de incapacidad que le impida firmar.

CERTIFICACION DEL MEDICO

Por el presente ce rtifico que le he explicado al paci ente la natu raleza, el objet ivo, l os b eneficios, lo s riesgos y las alternativas a es ta operacion y/o procedimiento. Asimismo, me he ofrecido para responder a cualquier pregunta. y he respondido, satisfactoriamente a dichas preguntas. Considero que el paciente [familiar/custodio] entiende plenamente mi explicacion y mis respuestas.

Firma del medico

Escribir el nombre del medico en tetras de molde

Fecha/Hora

NOTA: ESTE DOCUMENTO DEBE SER PARTE DEL HISTORIAL CLINICO DEL PACIENTE.

Aprobado por la junta medica 4/15/97 (See Reverse)