

**NEW YORK EYE & EAR INFIRMARY**  
**Consentimiento del Paciente para Operaciones o Procedimientos Especiales**

**\*Web Form**

PACIENTE

FECHA DE NACIMIENTO

PLANILLA No.

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 \_\_\_\_\_ [yo mismo(a) o paciente] a la(s) siguiente(s) operacion(es):

(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 medicos 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. Anestesia. Consiento a que se, administre anestesia bajo la supervisoa del Departamento, de Anestesiologia de la New York Eye & Ear Infirmary. Entiendo que a causa, de la, administracion de anestesia pueden ocurrir ciertos riesgos y complicaciones (incluyendo daños a la dentadura).
4. Muestras. Cualquier organo o tejido extirpados quirurgicamente podra ser examinado y conservado por el Hospital para propositos medicos, cientificos y educativos y tales tejidos o partes podran ser desechados conforme a las practicas, habituales y vigentes en virtud de las leyes y reglamentaciones estatales.
5. 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 cuerpo, para propositos medicos, cientificos o educativos; siempre y cuando mi identidad no quede en evidencia mediante las fotografias o textos descriptivos pertinentes.
6. Explicacion del procedimiento, riesgos, beneficios y alternativas. Me han explicado los objetivos y la naturaleza de este procedimiento, los metodos de diagnostico alternativos, los beneficios y las complicaciones potenciales, asi 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.
7. Consiento, asimismo a la administracion de sangre o productos sanguineos 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.
8. Transplantes de cornea. Autorizo a divulgar la iinformacion al banco de ojos que suministro el tejido utilizado para. la cirugfa de transplante de comea. Entiendo que para mi propia proteccion es posible que el banco de ojos deba comunicarse conmigo.
9. No se ofrecen garantias. Entiendo que no se ofrece garantia alguna con respecto a los posibles resultados de la operacion 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 certifico que le he explicado al paciente la naturaleza, el objetivo, los beneficios, los riesgos y las alternativas a esta 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

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

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