



Patient Name:
 Surgeon:
 Date of Service:
 Medical Record:
 Date of Birth:

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE AL PROCEDIMIENTO

Su doctor, **Dr** _____ ha determinado que la operación o procedimiento a continuación puede ser beneficioso para el diagnóstico o tratamiento de su condición. Todas las operaciones quirúrgicas y procedimientos diagnósticos y terapéuticos implican riesgos de resultados fallidos, complicaciones, lesiones o incluso la muerte, de causas conocidas e imprevistas. No se han hecho garantías de que habrá resultado o cura. Operación o procedimiento que se para llevara a cabo:

Puede que su médico tratante sea un contratista independiente y por lo tanto no sea un empleado de Trinity Surgery Center ("Centro"). Médicos contratistas independientes también proporcionan servicios de anestesia en el Centro y enfermeras contratistas independiente de la anestesia (CRNAs). Como paciente, usted tiene derecho a recibir toda la información que pueda necesitar con el fin de dar un consentimiento informado o rechazar el tratamiento recomendado. Excepto en casos de emergencia, su médico debe describir en un lenguaje que pueda entender, la naturaleza de la dolencia y la naturaleza del tratamiento o procedimiento propuesto, los riesgos significativos o peligros involucrados, los cursos alternativos de tratamiento, incluyendo el riesgo respectivo de consecuencias desafortunadas asociado con el tratamiento o procedimiento, y la probabilidad relativa de éxito del tratamiento o procedimiento. Si tiene alguna pregunta, se le anima y se espera que consulte a su médico antes de dar su consentimiento a dicha operación o procedimiento. Usted tiene el derecho de aceptar o rechazar cualquier operación o procedimiento antes de su cumplimiento.

Después de leer y comprender plenamente lo antedicho, y habiendo recibido y comprendido totalmente la información anterior de mi médico(s) y/o podiatra(s), autorizo _____ a lo siguiente:

1. Autorizo _____ al médico nombrado anteriormente y cualquiera de sus asociados o asistentes, incluyendo residentes dentro de su ámbito de aplicación con licencia en su práctica, para llevar a cabo el procedimiento mencionado arriba y para proporcionar dichos servicios adicionales que se consideren médicamente razonable y necesarios, incluyendo pero no limitado a:
 - a. Las resultantes de condiciones o descubrimientos, que hacen que un cambio o ampliación aconsejable;
 - b. La administración de anestesia por un profesional incluyendo la anestesia local por el cirujano;
 - c. El implante de dispositivos médicos
 - d. Servicios relacionados con la patología y radiología;
 - e. Traslado a un hospital y emisión del informe de alta del hospital al Centro.
2. Autorizo _____ a los servicios de patología para utilizar a su discreción la retención o eliminación de cualquier miembro cortado o tejido corporal.
3. Entiendo que si acaso recivo algo aparte de un anestésico local, estoy obligado a tener un adulto responsable disponible durante y después de mi cirugía y que será dado de alta a la custodia de esa persona y él o ella sera responsable de mi regreso a casa.
4. Doy mi consentimiento para la fotografía, filmación, o grabación en video del tratamiento o procedimiento para el diagnóstico, la documentación o uso educativo. Estoy de acuerdo hasta la medida que sea necesaria para determinar responsabilidad de pago y obtener un reembolso, el Centro puede revelar partes de mis registros financieros y/o médicos a cualquier persona o entidad que es o puede ser responsable de todo o parte de los cargos del Centro, incluyendo pero no limitado a las compañías de seguros, planes de servicio de atención médica, o portador de la remuneración del trabajador, así como a individuos que el Cuerpo Gobernante considere apropiados revisar el historial medico con fines de mejorar la calidad médica o revisión por colegas.
5. Autorizo _____ la divulgación de mi número de Seguridad Social (Social Security) a fabricantes de aparatos sujetos a la Safe Medical Device Act.
6. He recibido notificación verbal y por escrito de los derechos del paciente del Centro, instrucciones previas y de la propiedad antes de hoy y entiendo que esta instalación respeta la vida humana y no seguira las instrucciones del documento de voluntades anticipadas que pueden estar en su lugar.
7. Las mujeres menores de 60: A fin de evaluarla por completo, se requieren tomar rayos X de alguna parte de su cuerpo. Se ha predicho que un bebe por nacer en su primer trimestre sería más sensible a la radiación que un adulto. Con el fin de asegurar que accidentalmente, a sabiendas o no, no hay ningún feto (bebe por nacer) sea expuesto a la radiación de los aparatos de rayos X, le pedimos que nos proporcione una respuesta a la siguiente pregunta. Le damos las gracias por la información y esta información es estrictamente confidencial y se utilizara únicamente para el propósito que se pretende.
8. ¿Hay alguna posibilidad de que pueda estar embarazada? Sí No N/A A lo mejor de mi conocimiento, yo NO estoy embarazada y al firmar esta forma se me ha informado de los efectos de la radiación para el feto y mi firma a continuación indica mi consentimiento para tomar la radiografía de mis partes del cuerpo.
9. Su médico tratante puede tener un interés de propiedad en el centro y puede ganar financieramente realizar el procedimiento en el Centro. Usted, el paciente, tiene el derecho de elegir dónde se realiza el procedimiento. Al firmar este consentimiento, usted está de acuerdo de tener el procedimiento en Trinity Surgery Center.

Certifico que he leído y entendido la declaración de consentimiento anterior, que las explicaciones en este documento se entiende por mí, que todas mis preguntas han sido contestadas, que todos los espacios en blanco o declaraciones que requieren mi informacion, se llenaron antes de mi firma, y que este consentimiento se da libremente, voluntariamente y sin reserva. Yo entiendo que tengo el derecho de rechazar cualquier procedimiento y tratamiento médico y quirúrgico.

X _____
 Firma del Paciente/Fecha

 Persona Legalmente Autorizada a dar Consentimiento por el Paciente

 Testigo/Fecha

 Relación, Si Diferente al Paciente

 Médico Presente/Cirujan