

**LEA ATENTAMENTE**

1. Doy mi consentimiento para que se le realice a \_\_\_\_\_ el siguiente procedimiento médico y en el lado (si corresponde):  No corresponde  Derecho  Izquierdo  Bilateral  Lado a determinar

---

---

---

(Especifique la naturaleza y el alcance de la operación. Escriba todas las palabras, no use abreviaciones e identifique el lado / nivel del procedimiento que se realizará, si corresponde).

**Entiendo que este procedimiento será realizado por o estará bajo la dirección del(a) Dr(a) \_\_\_\_\_ en la siguiente ubicación de Bayhealth: \_\_\_\_\_.**

Entiendo que las tareas quirúrgicas significativas pueden ser realizadas por profesionales médicos que no sean el médico principal. Estos profesionales pueden incluir otro profesional médico/enfermero registrado, primer asistente, asistente médico, residente, estudiante de medicina y/o enfermero profesional. Reconozco que he tenido la oportunidad de analizar y hacer cualquier pregunta relacionada con el procedimiento y que se hayan respondido dichas preguntas, incluida la oportunidad de identificar cualquier información no divulgada previamente con el profesional médico.

Se me ha explicado completamente la naturaleza y el objetivo del procedimiento, el diagnóstico y las condiciones que me afectan, el tratamiento o el procedimiento y (1) los métodos alternativos de tratamiento razonables, (2) los riesgos, (3) la posibilidad de complicaciones, (4) los posibles resultados de no recibir tratamiento, (5) los posibles problemas relacionados con la recuperación y (6) la posibilidad de éxito. No se me ha dado ninguna garantía ni seguridad en cuanto a los resultados que puedan obtenerse.

2. Doy mi consentimiento para la administración de anestésicos según sean considerados necesarios o convenientes por la persona autorizada para administrar la anestesia.
3. Doy mi consentimiento para que los tejidos o las partes que se extraigan de mi cuerpo en la cirugía, los líquidos corporales, las placas radiográficas y otros materiales, así como la información médica que haga referencia a mi persona, puedan usarse en estudios de investigación, en publicaciones de resultados y en educación. Doy mi consentimiento para que Bayhealth Medical Center deseche cualquier tejido o parte de mi cuerpo que pudiera extraerse.
4. Con el fin de promover la educación médica, doy mi consentimiento para que, durante esta operación, se tomen y publiquen fotografías, incluso videos, y para que puedan ingresar observadores a la sala de procedimientos, por ejemplo, estudiantes.
5. Solicito y doy mi consentimiento para que, en caso de ser necesario, se me practiquen todas las tareas de reanimación, a pesar de cualquier Directiva anticipada que haya completado.
6. Entiendo que los profesionales médicos calificados que no sean médicos **pueden** realizar partes importantes del procedimiento. También entiendo que dichos profesionales realizarán solo tareas dentro de su ámbito de práctica para las cuales el hospital les haya otorgado privilegios.
7. Bayhealth es una institución de enseñanza. Es posible que médicos residentes realicen partes importantes del procedimiento. Se anticipa que médicos que estén en programas de residencia de posgrado aprobados realicen partes del procedimiento. En el momento del procedimiento se decidirá qué residentes participarán y de qué manera lo harán. Los residentes estarán bajo la supervisión del médico docente, quien puede estar fuera de la sala de procedimientos para algunas, o la totalidad, de las tareas quirúrgicas realizadas por los residentes si se determina que es seguro hacerlo.



\*3CNTT\*

