



**CONSENTIMIENTO PARA CIRUGÍA Y OTROS SERVICIOS MÉDICOS
CONSENT FOR SURGERY, AND OTHER MEDICAL SERVICES**

Patient label

LEA ATENTAMENTE

1. Yo, _____ autorizo la realización de la siguiente cirugía o procedimiento especial:
(Nombre del paciente)

(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 Dr. _____ en la siguiente ubicación de Bayhealth: _____.

Entiendo que personas autorizadas distintas de mi médico pueden participar o realizar parte o la totalidad de este procedimiento. Estas personas pueden incluir otro profesional médico/enfermero registrado, primer asistente, asistente médico, residente, estudiante de medicina y/o enfermero profesional. Confirmando que todas mis preguntas relativas a este procedimiento han sido respondidas a mi satisfacción. La persona responsable de este procedimiento me ha explicado:

- La razón por la que se recomienda el tratamiento/procedimiento
- Las alternativas al tratamiento/procedimiento (incluyendo NO someterse al tratamiento/procedimiento)
- Los riesgos relacionados con el tratamiento/procedimiento
- Posibles complicaciones
- Posibles consecuencias de NO someterse al tratamiento/procedimiento, y
- Posibles problemas relacionados con mi recuperación del tratamiento/procedimiento

NADIE HA HECHO PROMESAS NI GARANTÍAS RELACIONADAS CON ESTE TRATAMIENTO/PROCEDIMIENTO

2. Entiendo que puede recomendarse la anestesia y que, de ser así, me lo explicará una persona autorizada para administrar anestesia.
3. Entiendo 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. Doy mi consentimiento para que se tome y publique cualquier fotografía y/o video con fines educativos. Además, doy mi consentimiento para la presencia de observadores, tales como estudiantes en la sala de procedimientos. Entiendo que cualquier imagen, descripción u otra información utilizada con fines educativos será desidentificada.
5. Solicito y doy mi consentimiento para que, en caso de ser necesario, se me practiquen todas las tareas de reanimación, independientemente de cualquier Directiva anticipada que pueda haber completado.
6. Entiendo que Bayhealth es una institución de enseñanza. Entiendo que los médicos residentes pueden estar realizando partes importantes del procedimiento y que el residente o residentes estarán supervisados por uno o más médicos docentes que pueden estar fuera de la sala durante parte o la totalidad del procedimiento.



3CNT



Patient Label

CONSENTIMIENTO PARA CIRUGÍA Y OTROS SERVICIOS MÉDICOS

Es muy importante para Bayhealth Medical Center y para su médico que usted entienda todos los tratamientos y procedimientos que pueda realizar su médico. Como paciente, tiene derecho a recibir una explicación para que pueda tomar una decisión informada sobre si se someterá al procedimiento. Tiene derecho a revocar su consentimiento y, teniendo en cuenta este derecho, acepta y desea continuar con el procedimiento.

Firme este formulario solo después de haber hablado con su médico, si entiende la información y si se han respondido todas sus preguntas.

Reconozco que he leído y entendido completamente el consentimiento anterior para cirugía, y/u otros servicios médicos. También reconozco que las explicaciones a las que se hace referencia más arriba se han hecho a mi entender. No he sido coaccionado ni obligado a firmar este formulario y lo firmo voluntariamente declarando que deseo el/los procedimiento(s).

Firma del paciente o de la persona legalmente autorizada

Nombre impreso del paciente
o de la persona legalmente autorizada

FECHA _____

Si se ha recibido el consentimiento por teléfono,
debe firmar el testigo que escuchó

Relación con el paciente

FECHA _____ HORA _____

Declaración de CONSENTIMIENTO INFORMADO por parte del médico tratante Affirmation of INFORMED CONSENT by Attending Physician

Yo, _____ le he informado al paciente mencionado anteriormente, o a la persona autorizada para dar el consentimiento en nombre del paciente, acerca de la afección médica que requiere tratamiento quirúrgico y/o los procedimientos de diagnóstico adicionales referidos anteriormente. Conforme al juicio médico aceptado, he explicado la naturaleza y los objetivos del tratamiento o los procedimientos 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.

I, _____ have informed the above-named patient, or the person authorized to extend

Clinician's Printed Name

consent on the patient's behalf, of the medical condition requiring surgical treatment and/or the further diagnostic procedures referred to above. I have explained, consistent with accepted medical judgment, the nature and purposes of the treatment or procedures and (1) the reasonable alternative methods of treatment, (2) risks, (3) possibility of complications, (4) possible results of non-treatment, (5) potential problems related to recuperation and (6) likelihood of success.

Clinician's Signature

Date: _____ Time: _____

Interpretation Consent (Only when Appropriate):

The information has been presented to the above-named patient in: _____ (insert language). The person who provided the interpretation is a qualified medical interpreter.

Translator Print Name & Agency ID#

_____/_____/_____
Date Time

(If using Cyracom or another telephonic or video translation service, identify the interpreter by name and agency ID# and the date and time that services were provided)