

TEXAS TECH UNIVERSITY HEALTH SCIENCES CENTER
DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO
Procedimientos médicos y quirúrgicos

AL PACIENTE: Usted tiene el derecho como paciente a que se le informe sobre su condición y a que se le recomiende el procedimiento quirúrgico, médico o diagnóstico que se utilizará para que, después de conocer los riesgos y peligros involucrados, usted pueda tomar la decisión de seguir con el procedimiento o no. Esta divulgación de información no tiene como propósito el asustarle ni alarmarle; es sencillamente una medida para mejor informarle para que así usted pueda dar o negar su consentimiento al procedimiento.

1. Yo solicito (nosotros solicitamos) voluntariamente al (a la) _____ como mi médico como mi médico o proveedor de cuidados nombre, credenciales (por ejemplo MD/DO, NP, DDS, etc.) de la salud, y tales socios, ayudantes técnicos, y otros proveedores de atención de salud como ellos estimen necesario, que traten mi condición, la cual se me (se nos) ha explicado como:

2. Yo entiendo y acepto (nosotros entendemos y aceptamos) que los siguientes procedimientos quirúrgicos, médicos y / o diagnósticos son planificados para mí, y doy (damos) el consentimiento voluntariamente para estos procedimientos y autorizo (autorizamos) estos procedimientos:

Comprueba la casilla: Derecha Izquierda Bilateral No Aplicable

3. Yo entiendo y acepto (nosotros entendemos y aceptamos) que quizá mi médico descubra otras o diferentes condiciones que requerirán procedimientos adicionales o distintos a los ya planificados. Yo autorizo (nosotros autorizamos) que mi médico o proveedor de cuidados de la salud, y tales socios, ayudantes técnicos y otros proveedores de atención de salud realicen tales procedimientos adicionales que son prudentes en su opinión profesional.

4. Yo doy (nosotros damos) / Yo no doy (nosotros no damos) consentimiento para el uso de sangre y productos de sangre, como se estime necesario. Yo (nosotros) entiendo que se pueden presentar los siguientes riesgos y peligros en relación con el uso de sangre y productos sanguíneos:

- a. La infección grave, incluyendo pero no limitado a la hepatitis y el VIH que puede conducir a daños en los órganos y el deterioro permanente.
- b. Reacción alérgica grave, potencialmente mortal.
- c. Lesión relacionada con la transfusión dando lugar a alteraciones de los pulmones, el corazón, el hígado, los riñones y el sistema inmunológico

5. Yo entiendo y acepto (nosotros entendemos y aceptamos) que ninguna seguridad ni garantía se me (se nos) ha dado con relación al resultado o a la cura.

6. Asimismo que podrían haber riesgos y peligros al seguir en mi condición actual sin tratamiento, también hay riesgos y peligros relacionados a la realización de los procedimientos quirúrgicos, médicos y / o diagnósticos planificados para mí. Yo comprendo (nosotros comprendemos) que el potencial para infección, coágulos de sangre en las venas y los pulmones, hemorragia, reacciones alérgicas, y aún muerte, son comunes en los procedimientos quirúrgicos, médicos y / o diagnósticos. Asimismo, yo comprendo (nosotros comprendemos) que podrían ocurrir los siguientes riesgos y peligros con respecto a este procedimiento en particular:

(agregar riesgos adicionales según corresponda)

7. Se me (se nos) ha dado una oportunidad de hacer preguntas sobre mi condición, formas alternativas de tratamiento, los riesgos si no se recibe tratamiento, los procedimientos que se utilizarán y los riesgos y peligros involucrados en ellos, y que según mi (nuestro) leal saber y entender yo tengo (nosotros tenemos) la información suficiente para dar este consentimiento consciente.

8. Yo afirmo (nosotros afirmamos) que se me (se nos) explicó este formulario en su totalidad y que lo he (hemos) leído o que se me (se nos) ha leído, que se han llenado los espacios en blanco, y que entiendo y acepto (entendemos y aceptamos) su contenido.

Fecha: _____ Hora: _____ A.M./P.M.

Firma del Paciente/Persona Legalmente Responsable

Imprimir nombre y relacion, de lo contrario el paciente

Testigo a la firma

Imprimir el nombre del testigo

Forma alternativa de comunicacion o el uso de interprete: Si No

Imprimir nombre del Interprete o forma de comunicacion