



O R 2 C 2 6 2



Stony Brook
Medicine

Stony Brook, NY 11794

CONSENTIMIENTO PARA CIRUGÍA O PROCEDIMIENTO Y ANESTESIA

Solicito y acepto un procedimiento quirúrgico llamado _____

y entiendo que el propósito de este procedimiento es _____

Este procedimiento será realizado por _____

Me han informado que este procedimiento puede estar asociado con posibles beneficios, riesgos o efectos secundarios, tales como, entre otros, _____

incluidos los posibles problemas que podrían presentarse durante la recuperación. Me han informado sobre las alternativas, riesgos, beneficios y efectos secundarios relacionados con las alternativas.

- **Doy mi autorización** para la administración de anestesia y medicamentos relacionados, según lo consideren necesario los miembros del personal de **Anestesiología de Stony Brook, UFPC**.
- **Entiendo** que pueden surgir complicaciones o condiciones imprevistas durante este procedimiento y doy mi autorización para que se realicen los procedimientos adicionales que los médicos puedan considerar convenientes según su criterio profesional.
- **Entiendo** que se pueden fotografiar o filmar partes de la cirugía. Doy mi autorización para esto siempre y cuando no se revele mi identidad. Entiendo que estas fotografías pueden usarse para la enseñanza y es posible que no formen parte del registro permanente. También entiendo que los estudiantes o capacitadores residentes, médicos, de enfermería y auxiliares clínicos pueden estar presentes durante el procedimiento y pueden observar o ayudar en mi cuidado, bajo la dirección de mi cirujano y otros miembros del personal del hospital.
- **Entiendo** que en caso de que uno o más de mis proveedores de atención médica se haga un pinchazo, una lesión profunda o tenga exposición a mi sangre o fluidos corporales, puede extraerse esa sangre para realizar un análisis para comprobar la posible presencia de hepatitis, y los resultados de ese análisis de hepatitis pueden divulgarse a los proveedores de atención médica que sufrieron la exposición.
- También **entiendo** que un representante clínico o de ventas puede estar presente durante el procedimiento, pero no puede participar en él.
- No **impongo** limitaciones ni restricciones específicas para mi tratamiento además de: _____

(El paciente debe especificar la restricción o escribir "Ninguna")

Entiendo que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y reconozco que no he recibido garantías acerca de los beneficios o los resultados de este tratamiento. He leído y entendido todo el documento. Tuve la oportunidad de hacer preguntas y estoy conforme con las respuestas.

Firma del paciente, padre/madre, tutor, agente de la salud u otro representante del paciente*

Relación
(si es otra persona que no sea el paciente)

Fecha

Hora

*Si la firma no corresponde al paciente, proporcione un motivo _____

Firma del testigo
(de 18 años de edad como mínimo, que no sea el médico a cargo del procedimiento)

Cargo o relación con el paciente

Fecha

Hora

____ Se han utilizado los servicios de un intérprete o asistencia especial para obtener el consentimiento del paciente. _____
(Nombre del intérprete)

____ **Confirmando que he explicado el procedimiento, los riesgos, los beneficios y las alternativas pertinentes, los beneficios y efectos secundarios relacionados con las alternativas, incluidos los posibles resultados de no recibir atención, tratamiento ni servicios.**

____ **Confirmando que el paciente tiene una orden activa de no resucitación; el Formulario de no resucitación (Do not Resuscitate, DNR) N.º RM2C445 debe estar completo, O BIEN**

____ **Confirmando que el paciente no posee una orden de no resucitación activa en este momento.**

Firma del profesional

N.º de Identificación

Fecha

Hora



O R 2 C 2 6 2



Stony Brook
Medicine

Stony Brook, NY 11794

CONSENTIMIENTO PARA CIRUGÍA O PROCEDIMIENTO Y ANESTESIA

CONFIRMACIÓN DEL MÉDICO (Marque todas las opciones que apliquen)

PARTE A. EVALUACIÓN Y REEVALUACIÓN DE LA PACIENTE

(SE REQUIERE que **SOLO** para aquellos procedimientos invasivos y quirúrgicos ambulatorios/que se realizan el mismo día se completen los antecedentes médicos y los exámenes físicos en un plazo de 30 días y se actualicen en un plazo de 24 horas posteriores a la realización de dichos procedimientos).

Confirmando que he revisado este consentimiento y corroboro su precisión, incluida la descripción del procedimiento. He revisado el plan de la operación/el procedimiento con el anesthesiólogo y el personal de enfermería. He examinado a la paciente y actualizado su estado actual, o completado una nueva historia clínica y física, además de determinar que este procedimiento/esta operación en particular es el/la indicado/a en esta ocasión.

PARTE B. VERIFICACIÓN DEL SITIO Y EL LADO DONDE SE REALIZARÁ LA CIRUGÍA/EL PROCEDIMIENTO

VERIFICACIÓN DEL SITIO/LADO DONDE SE REALIZARÁ EL PROCEDIMIENTO POR PARTE DEL MÉDICO

He marcado los sitios y los lados donde se realizará la cirugía según lo exige la política del Centro Médico de la Universidad de Stony Brook.

O

La marcación del sitio/lado donde se realizará la/el _____ según lo exige la política del Centro Médico de la Universidad de Stony Brook no se pudo realizar debido a los siguientes motivos: _____

Firma del médico a cargo del
procedimiento/la cirugía

N.º de identificación

Fecha

Hora

VERIFICACIÓN DEL SITIO/LADO DONDE SE REALIZARÁ EL PROCEDIMIENTO POR PARTE DEL ANESTESIÓLOGO (cuando esté presente)

Confirmando que he verificado verbalmente con la paciente el sitio/lado correcto donde se llevará a cabo la operación/el procedimiento. Si el estado de la **paciente** impide tal **verificación** verbal, esta se obtiene por medio de los registros médicos.

Firma del anesthesiólogo a cargo

N.º de identificación

Fecha

Hora

VERIFICACIÓN DEL SITIO/LADO DONDE SE REALIZARÁ EL PROCEDIMIENTO POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

Confirmando que he identificado el sitio/lado donde se llevará a cabo la operación y que se realizaron marcaciones a la paciente, salvo que se haya documentado una excepción según lo indicado anteriormente. Existe un acuerdo oral entre el médico que realizará la operación/el procedimiento, el anesthesiólogo y mi persona.

Firma del personal de enfermería

N.º de identificación

Fecha

Hora

****La documentación del proceso de pausa prequirúrgica se apunta en el registro intraoperativo de enfermería o en la nota de procedimiento.***

Se han utilizado los servicios de un intérprete o asistencia especial para verificar el sitio/lado donde se realizará el procedimiento en esta paciente.

(Nombre del intérprete)