

CONSENTIMIENTO PARA CIRUGIA DE CORAZON ABIERTO

Los Doctores: _____

han discutido conmigo mi problema médico y me han explicado en términos legos los siguientes procedimientos que serán efectuados durante mi tratamiento. Entiendo que mi médico o cirujano podría designar sus asistentes, asociados, residentes, internos, asistentes técnicos y otros proveedores de servicios de salud que considere necesario para asistirle con el o los procedimientos detallados a continuación.

Procedimiento _____

- 1) Mi médico me ha informado plenamente y entiendo los riesgos y la posibilidad de complicaciones y las alternativas médicas aceptables al procedimiento descrito arriba y entiendo que puedo rehusarme a someterme a tales procedimientos. Estos riesgos y complicaciones incluyen, pero no se limitan a: sanguíneos internos, sangrado que requiere transfusión sanguínea y una nueva cirugía para repararlo, daño en nervios, complicación en corazón, hígado, riñones o pulmón y/o incluso casos poco frecuentes de muerte. Raramente podrían presentarse daños a vasos como consecuencia de embolia, disección o trauma debido a la manipulación requerida en el tratamiento. Existe también la posibilidad de una o varias complicaciones que pudieran surgir durante el período postoperativo, que impiden la recuperación normal. Estas complicaciones incluyen, pero no se limitan a: ventilación prolongada, confusión, acumulación de líquido en los pulmones, neumonía, arritmia cardiaca, fiebre y resultados anormales de laboratorio. Además pueden presentarse infecciones, o una demora en la cicatrización o curación en el lugar de la incisión hasta llegar a la necesidad de tratamiento adicional o reparación quirúrgica. Podrían ocurrir otras complicaciones que a pesar de ser poco comunes, podrían causar riesgo y discapacidad en el paciente.
- 2) Autorizo a la posible inserción de una bomba de balón intra-aórtico si fuera necesario, para dar apoyo al corazón y a la circulación.
- 3) Se me ha dicho que existe la posibilidad de hemorragia intensa y doy mi consentimiento a la re-exploración de hemorragia o inestabilidad si fuera necesario.
- 4) Entiendo que mi médico podría descubrir otras condiciones diferentes que podrían requerir procedimientos diferentes de aquellos programados. Si cualquier condición imprevista se presentara mientras se lleva a cabo el procedimiento, autorizo por la presente y solicito que el médico o cirujano y sus asociados, asistentes técnicos y otros proveedores de servicios de salud adopten las medidas necesarias para llevar a cabo los procedimientos que consideren necesarios, los cuales podrían hacerse además o ser diferentes de aquellos planificados y que se han discutido conmigo.
- 5) Soy consciente y reconozco que la práctica de la medicina y cirugía no es una ciencia exacta y que no se me han formulado garantías o seguridades con respecto a los resultados esperados.
- 6) Doy mi consentimiento al procedimiento o procedimientos propuestos por los médicos mencionados y sus asociados.

Sangre y Derivados

Comprendo los riesgos y la posible necesidad de sangre y derivados de sangre y **AUTORIZO / NO AUTORIZO (Marque lo que corresponde)** a que se me administre transfusión de sangre o derivados de sangre durante el procedimiento y/o su tratamiento respectivo, toda vez que se considere necesario por los médicos que me atienden, sin que haya garantías acerca de tal sangre o derivados de sangre.

Eliminación de Tejidos

Doy mi consentimiento para que las autoridades hospitalarias desechen cualquier tejido, partes, órganos o extremidades y miembros que sean removidos en conexión con el procedimiento o procedimientos. Los tejidos y órganos que ya no sean necesarios para diagnóstico, podrían ser utilizados y ó fotografiados para propósitos educacionales en el JFK Medical Center y sus centros de enseñanza o para publicación en artículos relacionados con investigación médica para el aprendizaje y enseñanza de la medicina.



