FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO GENERAL PARA REALIZAR PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS E INVASIVOS EN LA COLUMNA LUMBAR

El/Los MÉDICO(S): _____

ha/han analizado mi problema médico conmigo y me ha/han explicado el o los siguientes procedimientos que se realizará/n en términos simples, completamente comprensibles para mí. Entiendo que mi médico/cirujano puede designar asistentes, asociados, residentes, internos, asistentes técnicos y otros proveedores de atención médica que considere necesarios para ayudarle con el o los procedimientos listados abajo.

Nombre del/de los procedimiento(s): _____

_____

_____

1. Me han dado información completa y entiendo los beneficios potenciales, riesgos y efectos secundarios de este cuidado y también la probabilidad de alcanzar los objetivos relacionados con este procedimiento. Me han explicado todos los problemas potenciales que podrían ocurrir durante la recuperación. También me han informado sobre alternativas razonables y el riesgo de no recibir este procedimiento.
2. Me han informado completamente y entiendo los riesgos asociados y la posibilidad de complicaciones y la o las alternativas médicamente aceptables al o a los procedimientos descritos arriba. Estos riesgos o complicaciones pueden incluir fibrosis; dolor, infección, reacciones alérgicas, laceraciones o perforación de órganos internos o vasos, sangrado que requiera transfusión sanguínea o una nueva cirugía para reparación, daño nervioso, complicación en corazón, hígado, riñón o pulmones y/o incluso en casos raros, la muerte. Otros riesgos incluyen: Sangrado, coágulo sanguíneo, apoplejía, infección, fuga de líquido cefalorraquídeo, impotencia, lesión en un nervio o en la médula espinal, entumecimiento temporal o permanente, hormigueo, dolor, debilidad, coma, parálisis en brazos, piernas, intestinos o vejiga, falla en el instrumental y/o inestabilidad mecánica, ceguera por estar boca abajo.
3. Entiendo que mi médico puede descubrir otras condiciones o condiciones diferentes que pueden requerir procedimientos distintos a los planeados. Si surgiera alguna condición no prevista durante el transcurso del procedimiento, por la presente autorizo y solicito que el médico/cirujano y sus asociados, asistentes técnicos, y otros proveedores de atención médica tomen las medidas que sean necesarias para realizar el o los procedimientos que consideren recomendables, los cuales pueden agregarse o ser diferentes a los que se han planificado ahora y que se han analizado conmigo.
4. Me han explicado completamente y reconozco que la práctica de la medicina y la cirugía no es una ciencia exacta y que no se me ha dado ninguna garantía o seguridad en relación con los resultados esperados.
5. Consiento el o los procedimientos propuestos por el o los médicos y (sus) asociados indicados arriba.

Uso de hemoderivados: Entiendo los riesgos y la posible necesidad de usar hemoderivados y **CONSIENTO / NO CONSIENTO (haga un círculo en una opción)** que me hagan la administración o transfusión de sangre o de hemoderivados durante mi procedimiento y/o su tratamiento relacionado, cuando se considere necesaria por los médicos que me atienden, sin garantías hechas en conexión con esa sangre o componentes de la sangre.

Eliminación de tejidos: Consiento que las autoridades del hospital elimine todo tejido, partes, órganos, o extremidades/miembros que me puedan extirpar en conexión con mi o mis procedimientos. Los tejidos y/o los órganos que ya no se necesiten para procedimientos diagnósticos, se pueden usar y/o fotografiar para propósitos de investigación y educación en JFK Medical Center, y sus centros de enseñanza o para la publicación en un artículo relacionado con las investigaciones médicas para propósitos de educación médica.

Fotografías/Observadores: Consiento la toma de fotografías, grabaciones en video u otro tipo de grabaciones durante el transcurso de este procedimiento con el objeto de promover la educación médica tal como mi(s) médico(s) autorice(n), así como la entrada de observadores calificados a la sala de operaciones/del procedimiento según lo determine el hospital.

Dispositivo médico: Para cumplir con la provisión de la *Ley de Seguridad del Acto Médico de 1990*, consiento la divulgación de mi número del seguro social para propósitos de rastreo si se implanta un dispositivo médico.

Medios de contraste: Entiendo los riesgos y consiento la administración de medios de contraste (tinción) durante procedimientos diagnósticos específicos, siempre que los médicos que me atienden la consideren necesaria. Asumo todos los riesgos en conexión con el uso de medios de contraste que incluyen, entre otros, reacciones alérgicas, náuseas, tromboflebitis, ronchas o insuficiencia renal. Muy raramente, puede ocurrir un ataque de asma, una caída de la presión arterial, o un paro cardíaco y se puede necesitar tratamiento médico para corregir estas afecciones. En condiciones extremadamente raras, ha ocurrido una reacción mortal.

He leído y entiendo todo lo anterior, he tenido la oportunidad de hacer preguntas en relación con mi(s) procedimiento(s) planeado(s), y han respondido todas mis preguntas de manera satisfactoria para mí.

(FIRMA DEL PACIENTE)	(FIRMA DEL TESTIGO)	(FECHA)	(HORA)

Si el paciente no puede consentir o si es menor, complete lo siguiente:

El paciente no puede consentir porque:

_____

_____

(FIRMA DEL REPRESENTANTE)	(RELACIÓN)	(FECHA)	(HORA)
(FIRMA DEL TESTIGO)		(FECHA)	(HORA)

PHYSICIAN'S CERTIFICATION

NAME OF PHYSICIAN/SURGEON: _____

I hereby certify that the patient or one authorized to act on his/her behalf:

1. Has been fully informed by me or my physician associates, in lay terms understandable to the patient, the nature of the procedure(s), the medically acceptable alternative(s) to treatment, including refusal, and the consequences and risks to the patient inherent to or associated with the procedure(s); and
2. Has authorized the performance of the procedure(s).

(PHYSICIAN'S SIGNATURE)	(DATE)	(TIME)

Patient Identification/Label