

# 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 postoperatorio, 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 HCA Florida JFK Hospital y sus centros de enseñanza o para publicación en artículos relacionados con investigación médica para el aprendizaje y enseñanza de la medicina.

HCA Florida JFK Hospital, Atlantis, FL 33462  
CONSENT FOR OPEN HEART SURGERY-SPANISH

Patient Identification/Label



# Consentimiento Para Cirugia De Corazon Abierto

## **Fotografías y Observadores**

Autorizo a que se tomen fotografías, se graben videos u otras grabaciones durante el curso de este procedimiento a los efectos de realzar la educación médica, según lo autorice mi médico ó médicos y a que se permita el ingreso de observadores idóneos a la sala donde se lleva a cabo el procedimiento, según lo determine el hospital.

## **Dispositivo Médico**

Dando cumplimiento a las previsiones del Safe Medical Act de 1990, doy mi consentimiento a dar a conocer mi número de seguro social a los efectos de rastreo si se me implanta un dispositivo médico.

## **Medios de Contraste**

Entiendo los riesgos y autorizo la administración de medios de contraste (colorante) durante procedimientos específicos de diagnóstico toda vez que los médicos que me atienden lo consideren necesario. Asumo todos los riesgos relacionados con el uso de medios de contraste que incluyen, pero no se limitan a: reacción alérgica, náuseas, tromboflebitis, urticaria o insuficiencia renal. Muy raramente, podría presentarse un ataque de asma, caída de la presión arterial o paro cardíaco y podría requerirse tratamiento médico para corregir estas condiciones. En casos extremadamente raros, ha ocurrido una reacción fatal.

**He leído y entendido todo lo indicado precedentemente. He tenido la oportunidad de formular preguntas concernientes al procedimiento planeado y estas preguntas me han sido respondidas satisfactoriamente.**

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE

\_\_\_\_\_  
IMPRIMIR NOMBRE

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
HORA

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL TESTIGO

\_\_\_\_\_  
IMPRIMIR NOMBRE

**Si el paciente no tiene las facultades para dar su consentimiento o para ejercer su derecho a negarse, y/o es menor de edad, completar lo siguiente:**

**El Paciente no tiene las facultades para dar su consentimiento debido a:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL REPRESENTANTE

\_\_\_\_\_  
IMPRIMIR NOMBRE

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
HORA

\_\_\_\_\_  
RELACIÓN

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL TESTIGO

\_\_\_\_\_  
IMPRIMIR NOMBRE

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
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 the likelihood of the patient achieving his/her goals.
2. Has authorized the performance of the procedure(s).

\_\_\_\_\_  
Physician's Signature

\_\_\_\_\_  
Print Name

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Time

**HCA Florida JFK Hospital, Atlantis, FL 33462**  
CONSENT FOR OPEN HEART SURGERY-SPANISH



\*TREAT\* HCAFL-H-JFK-00246-S Rev. 10/16 Page 2 of 2

Patient Identification/Label