

# FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO GENERAL OPERATORIO Y DE PROCEDIMIENTOS INVASIVOS

## EL/LOS DOCTOR(ES):

Ha/han discutido conmigo en términos legos fáciles de entender, mi problema médico y ha/han explicado el (los) siguiente(s) procedimiento(s). Comprendo que mi médico/cirujano podría designar asistentes, residentes, internos, o asistentes técnicos, y otros proveedores de cuidado de salud que estime(n) necesarios para que asistan en el/los procedimiento(s) mencionados abajo.

Nombre del o de los Procedimiento(s): \_\_\_\_\_

1. Me han informado plenamente y entiendo los beneficios potenciales, riesgos y efectos secundarios de esta atención y también la probabilidad de lograr los objetivos relacionados con este procedimiento. Me han explicado todos los problemas potenciales que podrían ocurrir durante la recuperación. También me han informado las alternativas razonables y el riesgo de no recibir este procedimiento.
1. Me han informado completamente y entiendo las complicaciones y la(s) alternativa(s) al o los procedimientos descritos arriba que son aceptables desde el punto de vista médico. Estos riesgos o complicaciones pueden incluir fibrosis; dolor, infección, reacciones alérgicas, laceraciones o perforación de órganos o vasos 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. Otras complicaciones incluyen: \_\_\_\_\_
2. Comprendo que mi médico podría descubrir otra u otras condiciones que harían necesario un procedimiento(s) diferente(s) a lo previsto. De presentarse una condición imprevista durante el curso de estos procedimientos, autorizo y solicito que el cirujano, médico y su(s) colega(s), asistente(s) técnico(s), y cualquier otro proveedor de servicios de salud tomen cualquier medida para llevar a cabo cualquier tipo de procedimiento(s) que considere(n) necesarios, que podrían ser adicionales o diferentes a lo ya previsto y discutido conmigo.
3. Se me ha explicado de lleno y reconozco que la práctica de la medicina y la cirugía no son ciencias exactas y que no hay garantías ni seguridad en cuanto a los resultados que se esperan
4. 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 utilizar productos derivados de sangre y **AUTORIZO/NO AUTORIZO (Marque lo que corresponde)** a que se me administre o se me haga transfusión de sangre o de derivados durante los procedimientos y/o su tratamiento respectivo, cuando 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.

**Fotografías y Observadores:** Autorizo a que se tomen fotografías, se preparen 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.

**Medio de contraste (Colorante):** Comprendo los riesgos y autorizo la administración de medio de contraste (colorante) durante procedimientos específicos de diagnóstico cuando los médicos que me atienden lo estimen necesario. Asumo todos los riesgos relacionados al uso de medio de contraste que incluyen pero no se limitan a: reacción alérgica, náusea, tromboflebitis, urticaria o insuficiencia renal. En raras ocasiones, 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

**Si el paciente no tiene las facultades para dar su consentimiento o es menor de edad, completar lo siguiente:**

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

\_\_\_\_\_ /  
firma de representante

\_\_\_\_\_ /  
relación

\_\_\_\_\_ /  
fecha hora

\_\_\_\_\_ /  
firma de testigo

\_\_\_\_\_ /  
Imprimir Nombre

\_\_\_\_\_ /  
fecha hora

## PHYSICIAN'S CERTIFICATION (CERTIFICACIÓN DEL MÉDICO):

NAME OF PHYSICIAN/SURGEON (NOMBRE DEL MÉDICO): \_\_\_\_\_

Certifico por la presente que el paciente o la persona autorizada para representarle::

1. El paciente ha sido debidamente informado por mí o mis médicos asociados, en términos simples comprensibles para el paciente, sobre la naturaleza del o de los procedimientos, la o las alternativas al tratamiento aceptables desde el punto de vista médico, incluida la opción de rehusarse, y las consecuencias y los riesgos para el paciente inherentes o asociadas con el o los procedimientos; y la probabilidad de que el paciente alcance sus objetivos.
2. Ha autorizado que se lleve(n) a cabo el o los procedimientos.

\_\_\_\_\_ /  
Physician's Signature (firma del médico)

\_\_\_\_\_ /  
Print Name (Imprimir Nombre)

\_\_\_\_\_ /  
date (fecha) time (hora)

**JFK Medical Center, Atlantis, FL 33462**  
GENERAL CONSENT FOR INVASIVE PROCEDURES-SPANISH



\*TREAT\* JFK-600-00504-S 10/16 Page 1 of 1

Patient Identification/Label