

**SILVER CROSS HOSPITAL**  
**INFORMED CONSENT**  
**OPERATION/PROCEDURE/ANESTHESIA**

PATIENT LABEL

Page 1 of 2

1. I give my permission to \_\_\_\_\_ and / or designee (s) to perform the following procedure \_\_\_\_\_ on \_\_\_\_\_ (Patient's name).
2. I understand that during the procedure(s) new findings or conditions may appear and require an additional procedure(s) for proper care. Therefore, in addition to consenting to the performance of the procedure(s) scheduled, I authorize the physician, and/or such associates, technical assistants and other health care providers to perform such other procedures which are advisable in their professional judgment with the exception of \_\_\_\_\_ (specify or insert "none").
3. The Items listed below have been discussed with me:
  - a. The nature of my condition;
  - b. The nature and purpose of the procedure(s) that I am now authorizing;
  - c. The possible complications and side effects that may result, including the need to transfer to another facility for emergent or immediate care and problems that may be experienced during recuperation,
  - d. The benefits to be reasonably expected from the procedure(s); including the likelihood of success;
  - e. The likely result of no treatment, and
  - f. The available alternatives, including the risks and benefits.
  - g. My physician has also explained that, in addition to the specific risks involved in the procedure(s), there are other possible risks that accompany any surgical and diagnostic procedure which could include blood loss, heart failure, infection, blood clots in veins and lungs, hemorrhage, allergic reactions and even death. I acknowledge that neither my physician nor anyone else involved in my care has made any guarantees or assurances to me as to the result of the procedure(s) that I am now authorizing.
4. I am aware that other assistants or trainees may be involved in the test, treatment, and /or procedure under the supervision of my physician.
5. I understand that the procedure(s) may require that I undergo some form of anesthesia, which may have its own risks. My physician, or a representative from the anesthesia department has informed me of the anesthesia that is recommended (if any) along with its possible alternatives and risks associated with the anesthesia.
6. Any tissue of specimens taken from my body as a result of the procedure(s) may be examined and disposed of, retained, preserved, or used for medical, scientific or teaching purposes by the hospital.
7. I understand that my procedure(s) may be photographed or videotaped and that observers may be present in the room for the purpose of advancing medical care and education.
8. I understand that, during or after the procedure(s) my doctor may feel it necessary to give me a transfusion of blood or blood products. I understand that there are risks and hazards related to transfusion, however unlikely, including, but not limited to allergic reactions, including hives and itching, fever, sometimes accompanied by chills; heart failure; infection by bacteria, parasites or viruses, including malaria, hepatitis and AIDS; and the possibility of blood incompatibility which can result in severe complications, including kidney failure and, rarely, death.
9. I understand what my physician has explained to me and have had all my questions fully answered.
10. I understand all providers furnishing services to me, including anesthesiologists, radiologists, pathologists, physician assistant, advanced practice nurses, neuromonitoring, surgical assistants, perfusion services and the like are independent contractors and are not employees or agents of the hospital.

**Having talked with my physician and having had the opportunity to read this form, my signature below acknowledges my consent to the performance of the procedure(s) described above.**

Signature of Patient or Legal Representative \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Time \_\_\_\_\_

If Legal Representative, Relationship to Patient \_\_\_\_\_

Witness \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Printed Name \_\_\_\_\_

**Verbal or Telephone Consent:**

Name of Legal Representative \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Time \_\_\_\_\_

Witness \_\_\_\_\_ Witness \_\_\_\_\_



CNT86  
51001

# SILVER CROSS HOSPITAL

## CONSENTIMIENTO INFORMADO OPERACIÓN/PROCEDIMIENTO/ANESTESIA

Página 2 de 2

PATIENT LABEL

1. Autorizo al \_\_\_\_\_ y / o designado (s) para que realice el siguiente procedimiento: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (Nombre del paciente).
2. Comprendo que durante el procedimiento(s), se pueden encontrar nuevos hallazgos o condiciones, los cuales pueden requerir procedimientos adicionales para atenderlos de manera adecuada. Por lo tanto, además de dar mi consentimiento para el tratamiento o tratamientos programados, doy autorización al médico y/o a sus asociados, asistentes técnicos y otros proveedores de servicios médicos para que realicen cualquier otro procedimiento recomendable según su criterio profesional, a excepción de: \_\_\_\_\_ (especifiqueo escriba "nada").
3. Hemos discutido los siguientes temas :
  - a. La naturaleza de mi padecimiento.
  - b. La naturaleza y propósito del procedimiento(s) que estoy autorizando por medio del presente.
  - c. Las posibles complicaciones y efectos secundarios que pueden resultar, incluida la necesidad de trasladarse a otro centro para atención inmediata o de emergencia y los problemas que pueden experimentarse durante la recuperación,
  - d. Los beneficios que razonablemente se esperan del procedimiento (s); incluyendo la probabilidad de éxito;
  - e. El posible resultado en caso de no recibir el tratamiento, y
  - f. Las alternativas disponibles, incluyendo sus riesgos y beneficios.
  - g. Mi médico también me ha explicado que, además de los riesgos específicos que implica el procedimiento(s), existen posibles riesgos que acompañan a cualquier procedimiento quirúrgico y de diagnóstico, los cuales pueden incluir pérdida de sangre, insuficiencia cardíaca, infección, coágulos de sangre en venas y pulmones, hemorragia, reacciones alérgicas e incluso la muerte. Reconozco que ni mi médico ni ninguna otra persona que participa en mi cuidado me han dado garantías o certezas acerca del resultado del procedimiento(s) que estoy autorizando por este medio.
4. Soy consciente de que otros asistentes o aprendices pueden estar involucrados en la prueba, tratamiento y/o procedimiento bajo la supervisión de mi médico.
5. Comprendo que el procedimiento(s) pueden requerir que me someta a alguna forma de anestesia, que puede tener riesgos. Mi médico o un representante del departamento de anestesia me han informado del tipo de anestesia recomendable (de ser necesario), así como sobre posibles alternativas y riesgos relacionados con la anestesia.
6. Cualquier tejido o espécimen extraído de mi cuerpo como resultado del procedimiento(s) puede(n) ser examinado, descartado, preservado o utilizado con propósitos médicos, científicos, o con propósitos de enseñanza en el hospital.
7. Comprendo que mi procedimiento(s) pueden ser fotografiados o video grabados y que puede haber personas presentes en la sala con el propósito de avanzar la atención médica y educación.
8. Comprendo que, durante el procedimiento(s) o después de éstos, mi médico podría considerar necesario realizar una transfusión de sangre o productos sanguíneos. Comprendo que existen riesgos y peligros relacionados con una transfusión, aunque con pocas probabilidades que ocurran. Dichos riesgos y peligros incluyen, entre otros: reacciones alérgicas, incluyendo urticaria y comezón, fiebre en ocasiones acompañada de escalofríos, insuficiencia cardíaca, infección por bacterias, parásitos o virus, incluyendo malaria, hepatitis y SIDA, y la posibilidad de incompatibilidad sanguínea, lo que puede resultar en complicaciones graves, incluyendo insuficiencia renal y en casos muy raros, la muerte.
9. Comprendo lo que mi médico me ha explicado y ha respondido todas mis preguntas.
10. Comprendo que todos los proveedores que me brindan servicios, incluidos anesthesiólogos, radiólogos, patólogos, asistente del médico, enfermeras de práctica avanzada, neuromonitorización, asistentes quirúrgicos, servicios de perfusión y similares son contratistas independientes y no son empleados o agentes del hospital.

**Después de hablar con mi médico y habiendo tenido la oportunidad de leer este formulario, mi firma a continuación constituye mi consentimiento para que se lleve a cabo el procedimiento(s) mencionados arriba.**

Firma del paciente o representante legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

Si es el representante legal, indique su relación con el paciente \_\_\_\_\_

Testigo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre Escrito \_\_\_\_\_

### Consentimiento verbal o telefónico:

Nombre del representante legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

Testigo \_\_\_\_\_ Testigo \_\_\_\_\_