

CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTO
(Evidencia de consentimiento informado)

Yo, _____ (nombre del paciente) doy mi consentimiento para permitir que _____ y sus asociados, asistentes, y proveedores de salud apropiados realicen el/los siguiente(s) procedimiento(s): _____

Nombre de la cirugía o procedimiento en términos médicos, incluidos cualquier lateralidad o nivel.

1. Me explicaron los riesgos, beneficios y posibles problemas, que pueden incluir infección, hemorragia, lesión en vasos sanguíneos o nervios, herida en otros tejidos u órganos afectados por el proceso de mi procedimiento, daño cerebral, en la columna vertebral u otro daño al sistema nervioso, pérdida del uso de partes del cuerpo o de la vida.
2. También me explicaron otras opciones al procedimiento, así como los posibles beneficios y la probabilidad de alcanzar los objetivos del procedimiento propuesto. Mi doctor me explicó los posibles problemas con la recuperación y los resultados que puedo esperar o no del procedimiento. Mi doctor también me explicó los riesgos, beneficios y los posibles resultados de no someterme al procedimiento. No se me dio ninguna garantía de éxito o una cura.
3. Entiendo que, durante el procedimiento, condiciones imprevistas pueden requerir procedimientos adicionales o diferentes. Doy autorización a mi doctor y a sus asociados, asistentes y proveedores de atención médica apropiados para que se realicen dichos procedimientos.
4. Si mi doctor lo considera necesario, acepto recibir sangre/productos sanguíneos (se necesita el "Formulario de Consentimiento o Negativa a Recibir Sangre o Productos Sanguíneos" cuando se niega a recibir sangre).
 - a. ☐ Negativa a recibir sangre firmada en el "Formulario de Consentimiento o Negativa a Recibir Sangre o Productos Sanguíneos".
5. Entiendo que el doctor, anestesiólogo y sus asistentes pueden no ser empleados del hospital.
6. Entiendo que cualquier resultado positivo para una enfermedad infecciosa puede reportarse al departamento de salud del condado local de acuerdo con la ley estatal.
7. Estoy de acuerdo en permitir que el hospital se deshaga de los tejidos, partes del cuerpo, órganos, dispositivos o implantes que me extirpen, según lo establecido en la política del hospital y en las normas estatales y federales.
8. Entiendo que se pueden tomar fotografías o videos de mi procedimiento con fines científicos o educativos y de tratamiento, siempre y cuando no se revele mi identidad. Doy mi consentimiento para que se tomen estas fotografías o videos de acuerdo con la política de BayCare apropiada.
9. Entiendo que el hospital puede permitir a individuos que no participan directamente en el procedimiento estar presentes durante mi procedimiento. Doy mi consentimiento para su presencia durante el procedimiento de acuerdo con la política de BayCare apropiada.
10. Entiendo que tengo el derecho a rechazar cualquier procedimiento médico/quirúrgico. Certifico que leí este consentimiento o que alguien me lo leyó en un idioma que entiendo, que tuve la oportunidad de hacer preguntas, que todas mis preguntas fueron contestadas a mi entera satisfacción y que otorgo mi consentimiento con pleno conocimiento y de manera voluntaria para someterme a este procedimiento o tratamiento. Esta autorización se otorgó libre y voluntariamente.

Firma del paciente o de otra persona legalmente autorizada

Fecha/Hora

Relación con el paciente, si no es el paciente

Motivo de la firma que no es del paciente

Testigo

Fecha/Hora

Segundo Testigo
(Consentimiento por teléfono)

Fecha/Hora

Explicué el/los procedimiento(s), incluidos los riesgos, beneficios y alternativas a mi paciente/otra persona legalmente autorizada.

Firma del Doctor/Proveedor

N.º de MS

Fecha/Hora

1478



CONSENT FOR PROCEDURE
BC 7175

Rev. 11/22

P
A
T
I
E
N
T