



Consentimiento para Operacion, Anestesia y Otros Servicios Medicos

Fecha y hora: \_\_\_\_\_

1. Autorizo que se realicen a \_\_\_\_\_ lo siguiente:
(mi persona o nombre del paciente)

Operación o procedimiento \_\_\_\_\_
(indique la naturaleza y alcance de la operación o procedimiento que se realizará)

bajo la dirección del Dr. \_\_\_\_\_ y a los asistentes que pueda seleccionar para realizar dicha operación o procedimiento.

- 2. Reconozco que durante la operación puede ser necesario aplicar enfoques o servicios diferentes al procedimiento indicado anteriormente. Autorizo y solicito que los cirujanos o colegas, socios, asistentes o designados indicados anteriormente realicen los procedimientos que, según su criterio profesional, sean necesarios y lo más conveniente para mí.
3. Comprendo que los procedimientos mencionados anteriormente pueden requerir que se me someta a alguna forma de anestesia; doy mi consentimiento para la administración de los anestésicos que el proveedor de anestesia responsable participante en mi atención considere necesarios o aconsejables.
4. Doy mi consentimiento para que se fotografíe y se grabe en video u otro medio de observación de la operación o procedimientos que se realizarán; incluidas las partes correspondientes de mi cuerpo, con fines médicos, científicos o educativos.
5. Además, comprendo que durante este procedimiento pueden estar presentes personas en capacitación o estudiantes de medicina, enfermería o servicios de salud asociados y que pueden observar o ayudar en mi atención, bajo la dirección de mi cirujano y de otros miembros del personal del hospital.
6. Doy mi consentimiento para la presencia de representantes clínicos o de ventas durante el procedimiento. Comprendo que los representantes clínicos o de ventas no participan en el procedimiento.
7. Doy mi consentimiento para la eliminación adecuada (por parte de las autoridades del hospital) de los tejidos o miembros que se extirpen durante el transcurso del procedimiento quirúrgico.
8. Mi médico, el Dr. \_\_\_\_\_, me explicó la naturaleza, el propósito y las posibles consecuencias del procedimiento quirúrgico que se realizará. Mi médico también analizó los posibles métodos alternativos de tratamiento, los riesgos relacionados con este procedimiento y la posibilidad de complicaciones que se pueden producir. No se me ha dado garantía o seguridad alguna respecto de los resultados del procedimiento quirúrgico.
9. SE ME EXPLICÓ A MÍ, EL SUSCRITO, ESTE FORMULARIO Y COMPRENDO COMPLETAMENTE EL CONTENIDO DE LA AUTORIZACIÓN.

FIRMA \_\_\_\_\_
(Paciente o persona que da la autorización)

\_\_\_\_\_  
(Relación con el paciente)

TESTIGO \_\_\_\_\_
(Testigo de la firma o consentimiento por teléfono)

TESTIGO \_\_\_\_\_
(Testigo de la firma o consentimiento por teléfono)

LE EXPLIQUÉ LOS RIESGOS, LOS BENEFICIOS, LAS POSIBLES COMPLICACIONES Y LAS ALTERNATIVAS DEL TRATAMIENTO AL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL. ASIMISMO, HE RESPONDIDO TODAS LAS PREGUNTAS A SATISFACCIÓN DEL PACIENTE, Y ÉL ME HA DADO SU CONSENTIMIENTO PARA CONTINUAR.

\_\_\_\_\_  
Firma del médico Fecha y hora \_\_\_\_\_