



Autorización para Cirugía y/o Procedimiento/Tratamiento Especial
Cirugía Nefrectomía
Authorization for Nephrectomy Surgery

Nombre del paciente: _____

Por la presente, autorizo al Dr. Kesler / Shichman / Meraney a realizar la siguiente cirugía y/o el procedimiento/
tratamiento especial: _____

Entiendo que los residentes, estudiantes de medicina, asistentes del médico y/o enfermeras licenciadas de práctica avanzada también pueden estar presentes y/o ayudando a la realización, y/o llevando a cabo tareas médicas/quirúrgicas significativas en la cirugía y/o el procedimiento/tratamiento especial especificado arriba. Además, entiendo que pueden existir circunstancias no previstas que aparezcan mientras se hace la cirugía y/o procedimiento/tratamiento especial listado arriba que requieran la asistencia de otro personal médico calificado que no ha sido identificado.

Se me ha explicado en conexión con la cirugía/procedimiento/tratamiento propuesto: (i) la naturaleza y el propósito de la cirugía/procedimiento/tratamiento propuesto; (ii) los riesgos y consecuencias previsibles de la cirugía/procedimiento/tratamiento propuesto, incluyendo el riesgo de que la cirugía/procedimiento/tratamiento propuesto tal vez no alcance el objetivo deseado; (iii), las alternativas a la cirugía/procedimiento/tratamiento propuesto y los riesgos y beneficios asociados a tales alternativas; y (iv) los riesgos razonablemente previsibles y las alternativas a la transfusión de sangre y productos de la sangre si necesitara una transfusión.

Específicamente, para obtener mi consentimiento informado para la cirugía y/o procedimiento especial, se me han informado los siguientes riesgos razonablemente previsibles:

- Infección
- Infarto de miocardio (ataque cardíaco)
- Fístula urinaria
- Íleo (enlentecimiento del funcionamiento intestinal)
- Neumotórax (colapso pulmonar)
- Neumonía
- Insuficiencia cardíaca congestiva
- Hernia
- Accidente cerebrovascular (Apoplejía)
- Hemorragia
- Posible necesidad de transfusión
- Obstrucción intestinal
- Trombosis venosa profunda (coágulos sanguíneos)
- Embolia pulmonar (coágulos sanguíneos en pulmón)
- Insuficiencia renal
- Atelectasia (deflación pulmonar)
- Fístula AV
- Muerte
- Lesión a órganos adyacentes, incluyen: hígado, bazo, colon, estómago, páncreas, intestino delgado, glándulas adrenales, grandes vasos.

_____ Iniciales del paciente



6816



Soy consciente de que, además de los riesgos razonablemente previsibles descritos, existen otros riesgos previsibles, que se han discutido conmigo, pero no están listados. Afirmo que entiendo el propósito y los beneficios potenciales del tratamiento y/o procedimiento especial propuesto, que no se me ha dado ninguna garantía con respecto a los resultados que se pueden obtener, y que se me ha ofrecido respuesta a todas mis preguntas sobre la cirugía/procedimiento/tratamiento propuesto.

Accedo al uso de anestesia y/o sedación/analgesia según se requiera, y si corresponde, a la eliminación de cualquier tejido que se extirpe.

También autorizo al Hospital y al médico o médicos mencionados arriba a que tomen fotografías, video y/o usen cualquier otro medio que dé como resultado la documentación permanente de mi imagen para propósitos médicos, científicos o educativos, siempre que no revelen mi identidad. Accedo a que el Hospital elimine todas las fotografías tomadas según esta autorización, que no se requiera retener por ley, siempre que la forma de eliminación sea la destrucción permanente.

Este consentimiento puede ser revocado por mí en cualquier momento, excepto hasta el punto que ya se ha indicado.

_____ M. D. Firmado: _____
(Paciente o representante legalmente autorizado)

Fecha: _____ Hora: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Intérprete responsable de explicar los procedimientos y el tratamiento especial:

_____ Fecha: _____ Hora: _____
(Intérprete)

EL PACIENTE NO PUEDE FIRMAR ANTES DE LA CIRUGÍA [] PORQUE:

_____ M.D. Fecha: _____ Hora: _____

_____ Testigo Fecha: _____ Hora: _____