



Autorización para Cirugía y/o Procedimiento/Tratamiento Especial

Procedimientos percutáneos
(Percutaneous Procedures)

Nombre del paciente: _____

Por la presente, autorizo al Dr. _____ a realizar la siguiente

cirugía y/o el procedimiento/tratamiento especial:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Drenaje percutáneo de abscesos | <input type="checkbox"/> Gastrostomía percutánea |
| <input type="checkbox"/> Biopsia percutánea guiada por imágenes | <input type="checkbox"/> Revisión de tubo percutáneo |
| <input type="checkbox"/> Nefrostomía percutánea/Nefrostografía/Catéter o stent ureteral | |

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:

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Shock séptico: fiebre, escalofríos, baja presión sanguínea que requiere admisión al hospital• Hemorragia: que requiere transfusión• Lesión en vasos sanguíneos: que requiere otra cirugía o la extirpación del riñón• Perforación intestinal• Colapso pulmonar / líquido en los pulmones• Líquido infectado en pulmones / sangre en pulmones• Transferencia inesperada a ICU (Unidad de Cuidado Intensivo)• Cirugía inesperada de emergencia• Alta del hospital demorada• Pseudoaneurisma / fístula arteriovenosa: vaso sanguíneo dañado | <ul style="list-style-type: none">• Insuficiencia renal temporaria• Insuficiencia renal permanente• Erupción• Reacción al contraste
• Muerte• Reacción a la droga• Caída de la presión sanguínea• Disminución de la respiración: paro respiratorio• Sobredosis |
|---|--|

_____ Iniciales del paciente



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:

_____ (Intérprete)

EL PACIENTE NO PUEDE FIRMAR ANTES DE LA CIRUGÍA [<input type="checkbox"/>] PORQUE:			

_____	M.D.	Fecha: _____	Hora: _____
_____	Testigo	Fecha: _____	Hora: _____