



Autorización para Cirugía y/o Procedimiento/Tratamiento Especial
Biopsia percutánea guiada por imágenes
(Image-guided Percutaneous Biopsy)

Nombre del paciente: _____

Por la presente, autorizo al Dr. _____ a realizar la siguiente cirugía y/o el procedimiento/tratamiento especial: Biopsia percutánea guiada por imágenes

Entiendo que los residentes, estudiantes de medicina, asistentes del médico y/o enfermeras licenciadas de práctica avanzada también pueden estar presentes y/o ayudar a la realización, y/o llevar 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 realiza la cirugía y/o procedimiento/tratamiento especial listados 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"> • Hemorragia (que requiere transfusión o cirugía posterior) 	<ul style="list-style-type: none"> • Lesión en vasos sanguíneos o apoplejía 	<ul style="list-style-type: none"> • Inflamación del cuello
<ul style="list-style-type: none"> • Infección (que requiere hospitalización o terapia específica) 	<ul style="list-style-type: none"> • Peritonitis – infección abdominal (que requiere hospitalización o terapia específica) 	<ul style="list-style-type: none"> • Hemoptisis – toser sangre (que requiere hospitalización o terapia específica)
<ul style="list-style-type: none"> • Neumotórax – aire en el pecho (que requiere un tubo en el pecho) o colapso pulmonar 	<ul style="list-style-type: none"> • Reacción al fármaco 	<ul style="list-style-type: none"> • Lesión en el intestino grueso
<ul style="list-style-type: none"> • Lesión traqueal 	<ul style="list-style-type: none"> • Caída de la presión arterial 	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución de la respiración – paro respiratorio
<ul style="list-style-type: none"> • Sobredosis 		

_____ Iniciales del paciente



6816

Soy consciente de que, además de los riesgos razonablemente previsible descritos, existen otros riesgos previsible, 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 mis imágenes para propósitos médicos, científicos o educativos, siempre que no revelen mi identidad. Accedo a que el Hospital se deshaga de todas las fotografías tomadas según esta autorización, que no se requiera retener por ley, siempre que la forma de eliminación sea la destrucción permanente.

Puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, excepto hasta el punto que ya se ha indicado.

_____ Firmado: _____
MD, APRN, PA (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:	
_____	Fecha:_____ Hora:_____
MD, APRN, PA	
_____	Fecha:_____ Hora:_____
Testigo	