

EXPEDIENTE MÉDICO**Solicitud para la administración de anestesia y para la realización de intervenciones quirúrgicas y otros procedimientos médicos**

Título de la intervención quirúrgica o procedimiento médico:

1. Se me han explicado por completo la naturaleza y propósito de la intervención quirúrgica o procedimiento médico, los métodos de tratamiento médico alternos posibles, los riesgos asociados con éstos, y la posibilidad de que se manifiesten complicaciones. Reconozco que no se me ha prometido ninguna garantía con respecto a los resultados de la intervención quirúrgica o procedimiento médico. Yo entiendo que la naturaleza de la intervención quirúrgica o procedimiento médico es la siguiente: _____

_____ (Descripción de la intervención quirúrgica o procedimiento médico en lenguaje sencillo):

_____ y que esta intervención quirúrgica o procedimiento médico será realizado o supervisado por el Dr. _____.

2. Solicito la realización de la intervención quirúrgica o procedimiento médico mencionado anteriormente y la de tales intervenciones quirúrgicas o procedimientos médicos que sean considerados necesarios o deseables, según la opinión del personal profesional de "Warren Grant Magnuson Clinical Center" (Centro Clínico Warrant Grant Magnuson), durante el curso de la intervención quirúrgica o procedimiento médico mencionado anteriormente.

3. Solicito la administración de tal anestesia como se considere necesaria o aconsejable en la opinión del personal profesional de "Warren Grant Magnuson Clinical Center".

4. Las excepciones aplicables a la intervención quirúrgica o a la administración de anestesia, si existiera alguna, son (Si no existen, escribir "ninguna"): _____

5. Solicito la eliminación, por parte de las autoridades de "Warren Grant Magnuson Clinical Center", de cualquier tejido o parte anatómica de la que se requiera su extirpación.

6. Entiendo que existe la posibilidad de que se tomen fotografías o se filmen películas de esta intervención quirúrgica, y de que éstas sean vistas por varios miembros del personal que estén en un programa de capacitación o instrucción en éste u otros centros. Otorgo mi consentimiento para la toma de dichas fotografías y la observación de la intervención quirúrgica por personal autorizado, bajo las siguientes condiciones:

- El nombre del paciente y de su familia no se usará para identificar dichas fotografías.
- Dichas fotografías serán utilizadas únicamente para los efectos del estudio o la investigación médica o dental.

(Tache cualquier parte del texto mencionado anteriormente que no sea apropiado)

1. Médico /Dentista consejero: He asesorado a este paciente con respecto a la naturaleza del procedimiento o procedimientos médicos propuestos, los riesgos asociados con éste(os) y los resultados esperados, como se describieron con anterioridad.

(Firma del Médico /Dentista consejero)

(Fecha)

2. Paciente: Entiendo la naturaleza del procedimiento o procedimientos médicos propuestos, los riesgos asociados con éste(os) y los resultados esperados, como se describieron con anterioridad, y por el presente documento solicito que se realice(n) dicho(s) procedimiento(s).

(Firma del paciente)

(Fecha)

3. Patrocinador o tutor legal: (para pacientes menores de edad o que no están en la capacidad de dar su consentimiento)

Yo, _____ patrocinador /tutor legal de _____ entiendo la naturaleza del procedimiento o procedimientos médicos propuestos, los riesgos asociados con éste(os) y los resultados esperados, y por el presente documento solicito que se realice(n) dicho(s) procedimiento(s).

(Firma del patrocinador /tutor legal)

(Fecha)

4. Testigo

(Firma del testigo, siendo excluidos los miembros del grupo quirúrgico)

(Fecha)

5. Traductor

(Firma del traductor)

(Fecha)

Patient Identification

Request for Administration of Anesthesia and for Performance of Operations and Other Procedures
NIH-2626-1 (8-02)
P.A. 09-25-0099
File in Section 4: Authorization