



Rady Children's Hospital - San Diego
 3020 Children's Way
 San Diego, California 92123



DT70110

Consentimiento de
 cirugía o diagnóstico
 especial o procedimientos
 terapéuticos

PATIENT INFORMATION

SECCIÓN I: RECONOCIMIENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE/TUTOR LEGAL

Autorizo a _____
 (Escriba el nombre del profesional de la salud) y a sus asociados a realizar el siguiente
 procedimiento/cirugía: _____

Mi médico me ha explicado el procedimiento/cirugía propuesto y sus riesgos potenciales y beneficios esperados, así como otros métodos de tratamiento disponibles, con sus riesgos y beneficios, y los riesgos asociados si se rechaza el procedimiento/cirugía propuesto. Mi médico me ha dado la oportunidad de realizar preguntas sobre el procedimiento propuesto y todas se han respondido satisfactoriamente. Comprendo que todos los procedimientos y/o cirugías conllevan riesgos o resultados pobres, complicaciones, lesiones e incluso la muerte, por causas predecibles o impredecibles. No se ha dado ninguna garantía del resultado o de la curación, y entiendo que podría necesitarse tratamiento adicional en el futuro. Doy mi consentimiento para la realización del procedimiento/cirugía arriba mencionado, así como para otros procedimientos adicionales o diferentes que, según la opinión de mi médico, sean indicados durante la realización del procedimiento/cirugía. Entiendo que mi médico podría elegir asistentes médicos, incluyendo médicos residentes, estudiantes médicos u otros profesionales de la salud aliados, para ayudar con el procedimiento/cirugía.

_____ (Iniciales del paciente/tutor legal si declina recibir información acerca de la naturaleza, el propósito y los riesgos de la operación). Aunque me han dado la oportunidad de informarme de la naturaleza y el propósito de las cirugías o procedimientos médicos, de las alternativas terapéuticas y de los riesgos implicados, declino específicamente recibir tal información, pero otorgo mi consentimiento para la operación. No se ha dado ninguna garantía sobre el resultado o la curación.

Fecha	Hora	Firma del paciente o tutor legal	Relación con el paciente
-------	------	----------------------------------	--------------------------

Fecha	Hora	Firma del traductor (si se usó uno)	Nombre del traductor en letra de imprenta/AT&T
-------	------	-------------------------------------	--

Verificación de testigo: he verificado con el paciente o tutor legal que el profesional de la salud explicó el procedimiento/cirugía propuesto, sus riesgos y beneficios, y que se han respondido todas las preguntas.

Fecha	Hora	Firma del testigo	Nombre en letra de imprenta
-------	------	-------------------	-----------------------------

SECCIÓN II: DOCUMENTACIÓN DEL MÉDICO / ENFERMERA ESPECIALIZADA

He hablado con el paciente / tutor legal sobre los riesgos, beneficios y alternativas al procedimiento/cirugía propuesto, así como de los riesgos de rechazar el procedimiento/cirugía recomendado, y he respondido a todas las preguntas. Certifico haber verificado de manera independiente la identidad del paciente y el lado y el sitio a operar. También he revelado cualquier interés económico o de investigación médica independiente que pudiera tener en relación con la realización del procedimiento/cirugía propuesto.

Fecha	Hora	Firma del médico/enfermera especializada	Nombre en letra de imprenta
-------	------	--	-----------------------------