

TOURO INFIRMARY

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO MÉDICO
O PARA PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO (INCLUIDA LA SANGRE) Y
ACUSO DE RECIBO DE INFORMACIÓN MÉDICA**

INFORMACION SOBRE ESTE DOCUMENTO – LÉALO CON CUIDADO ANTES DE FIRMAR

PARA EL PACIENTE: Se le ha informado que usted debe considerar someterse a un tratamiento médico o quirúrgico. La ley de Louisiana nos exige avisarle sobre (1) la naturaleza general del procedimiento/tratamiento/cirugía, (2) la naturaleza de su condición, (3) los riesgos asociados con el tratamiento o la cirugía propuestos, según los define el Panel de divulgación médica de Louisiana o según lo determine su médico, y (4) las alternativas razonables y los riesgos asociados con tales alternativas, y (5) los riesgos asociados con el no recibir tratamiento alguno.

Como paciente, usted tiene el derecho de ser informado sobre su condición y que se le recomiende un procedimiento quirúrgico, médico o diagnóstico para ayudarle a tomar la decisión de someterse al procedimiento o no luego de informarse sobre los riesgos y peligros asociados.

En conformidad con la ley de Louisiana sobre el consentimiento informado, le pedimos que firme el presente documento como confirmación de que hemos discutido todos estos asuntos. Ya hemos discutido con usted los problemas y los riesgos comunes. Quisiéramos darle la información más completa posible. Por favor lea el formulario cuidadosamente. Si hay algo que no entiende, por favor plantee preguntas y nosotros haremos todo lo posible para contestarlas.

1. Nombre del paciente: _____

2. Tratamiento o procedimiento:

(a) Descripción, naturaleza del tratamiento o procedimiento: _____

(b) Propósito: _____

La sangre y/o los componentes de sangre (Esta sección debe ser completada sólo si se anticipa la necesidad de sangre o de componentes sanguíneos.)

Si se prevé la necesidad de practicar una transfusión, el paciente debe tachar una de las casillas abajo y poner sus iniciales para autorizar dicha transfusión:

- Si el paciente tacha la casilla **SÍ** y pone sus iniciales, el consentimiento incluirá la transfusión de sangre y de los componentes sanguíneos, y los riesgos materiales expuestos en la sección 4(d) se aplicarán.
- Si el paciente tacha la casilla **NO** y pone sus iniciales, el Formulario de rechazo de Cuidado de Touro (#TI2283) también deberá ser completado y colocado en el gráfico.

SÍ _____
Iniciales del paciente

NO _____
Iniciales del paciente

3. Condición del paciente:

El diagnóstico del paciente, la descripción de la naturaleza de la condición o enfermedad para la cual se indica o recomienda el tratamiento médico, la intervención quirúrgica u otra terapia descrita en el punto No. 2:



4. Los riesgos materiales asociados con el tratamiento o procedimiento:

- (a) Todo tratamiento médico o quirúrgico conlleva ciertos riesgos. A continuación aparece un listado de los riesgos asociados con este procedimiento que nosotros consideramos que una persona razonable en su condición (como paciente) consideraría importante a la hora de decidir si someterse o no a la intervención propuesta. Por favor pídale a su médico información adicional sobre la naturaleza o las consecuencias de estos riesgos, su probabilidad de ocurrir, o si hay otros riesgos asociados que usted pueda considerar significativos pero que no aparezcan a continuación.
- (b) Los riesgos (si lo hubiera) según determinados por su médico, o riesgos adicionales (si los hubiera) causados por una condición médica son:

Véase el anexo para ver los riesgos identificados por el Panel de divulgación médica de Louisiana

- (c) Los riesgos generalmente asociados con cualquier tratamiento o procedimiento, incluyendo la anestesia son: muerte, daño cerebral, cicatrización desfigurante, cuadriplejía (parálisis del cuello hacia abajo), paraplejía (parálisis de la cintura hacia abajo), la pérdida, o pérdida de función, de cualquier órgano o extremidad, infección, sangrado y dolor
- (d) Los riesgos asociados con la **Transfusión de Sangre y los Componentes sanguíneos** incluyen: fiebre; una reacción a la transfusión que puede incluir un fallo cardíaco; un fallo renal o anemia; hepatitis; SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida); y otras infecciones.

5. Las alternativas terapéuticas razonables, los riesgos asociados con tales alternativas, o los riesgos asociados con el rechazo de tratamiento, son los siguientes:

6. Reconocimiento:

- (a) No hay garantías: Toda la información que se me ha dado, en particular, todos los estimados hechos en cuanto a la probabilidad de la ocurrencia de los riesgos asociados con este procedimiento o con un procedimiento alternativo, o en cuanto a las perspectivas de su éxito, los hizo mi médico valiéndose de su mejor juicio profesional. La posibilidad y naturaleza de las complicaciones no siempre se pueden anticipar y por lo tanto, no hay, ni se puede dar, garantías, ya explícitas o implícitas, en materia del éxito u otro resultado del tratamiento médico o intervención quirúrgica.
- (b) Información adicional: No se me ha dicho nada, ni se me ha dado información, ni me he basado en ninguna otra información inconsistente con la información expuesta en el presente documento.
- (c) Preocupaciones específicas: He tenido la oportunidad de divulgar y discutir con el médico que me facilitó dicha información, aquellos riesgos u otras consecuencias potenciales resultantes del tratamiento médico o intervención quirúrgica específicos que me preocupan.
- (d) Preguntas: He tenido la oportunidad de plantear preguntas, y las he planteado, sobre la información contenida en el presente documento y toda otra pregunta sobre el tratamiento o procedimiento propuesto, y se me contestó todas las preguntas a mi satisfacción.



- (e) Médico autorizado: El médico (o grupo de médicos) autorizado para administrar o practicar el tratamiento médico, intervención quirúrgica u otra terapia descritos en el punto 2 es:
- (f) Certificación Médica: Por la presente certifico que he provisto y explicado la información anteriormente citada, incluyendo todo anexo, y que he contestado todas las preguntas del paciente, o del representante del paciente, en cuanto al tratamiento médico o intervención quirúrgica, a mi leal conocer y habilidad.

Printed Name of Physician:	Physician's Signature: X	Date MM/DD/YY / /	Time 00:00 AM/PM :
-----------------------------------	---	------------------------------------	-------------------------------------

CONSENTIMIENTO

Por la presente autorizo y dirijo al médico o grupo designado autorizado, así como a los asociados y asistentes de su elección, a administrar o practicar el tratamiento médico o intervención quirúrgica descrita en número 2 de este Formulario de consentimiento, incluyendo todo procedimiento o servicio adicionales que estos consideren necesarios o razonables, incluyendo la administración de anestesia general o local, radiografías u otro servicios radiológicos, servicios de laboratorio, y el deshecho de todo tejido removido durante un procedimiento diagnóstico o quirúrgico, y por la presente doy mi consentimiento para ello.

He leído y entiendo toda la información expuesta en el presente documento, y llené todos los campos blancos antes de firmarlo. Esta autorización y consentimiento para el tratamiento médico o intervención quirúrgica es y seguirá siendo válido hasta ser revocada.

Reconozco que he tenido la oportunidad de plantear todas las preguntas sobre el procedimiento médico o intervención quirúrgica descritos en la parte 2 del presente formulario de consentimiento, incluyendo los riesgos y alternativas, y reconozco que se respondió a mis preguntas a mi satisfacción.

Nombre impreso del paciente o representante autorizado:	Relación con el paciente:		
Firma del paciente o representante autorizado: X	Fecha MM/DD/YY / /	Hora 00:00 AM/PM :	
Firma del testigo: X	Fecha MM/DD/YY / /	Hora 00:00 AM/PM :	

