

CONSENT FOR SURGERY, ANESTHESIA AND OTHER MEDICAL PROCEDURES

CONSENTIMIENTO PARA CIRUGÍA, ANESTESIA Y OTROS PROCEDIMIENTOS MÉDICOS

Page 1 of 5

1. I consent to the performance upon _____
(Name of Patient)
the following surgery/procedure or other medical treatment: _____

Yo doy mi consentimiento para que _____
(Nombre del paciente)
sea sometido a la siguiente cirugía/procedimiento u otro tratamiento médico: _____

2. I understand that this surgery/procedure or other medical treatment is to be performed by:
_____, and such assistants and associates as may be selected by
(Name of Medical Practitioner) him/her and by Provena Mercy Medical Center.

I understand that if the surgery/procedure/treatment is to be performed by a physician, it is more than likely that the physician(s) are not employees or agents of Provena Mercy Medical Center but are independent medical practitioners who are solely and exclusively responsible for the exercise of their medical judgment.

Patient or legal representative's initials: _____

Yo entiendo que esta cirugía/procedimiento u otro tratamiento médico va a ser realizado por:
_____, y los asistentes y asociados que sean seleccionados por el/ella y
(Nombre del médico) por Provena Mercy Medical Center

Yo entiendo que si la cirugía/procedimiento va a ser realizado por un médico, lo más probable es que el(los) médico(s) no sea(n) empleado(s) o agente(s) de Provena Mercy Medical Center, sino que son personal médico independiente y son ellos única y exclusivamente responsables por el ejercicio de su criterio médico.

Iniciales del paciente o representante legal: _____

3. I understand that during the course of the surgery/procedure or treatment, the medical practitioner named in paragraph two (2) or his/her associates may consider it necessary or advisable to perform procedures or to render treatment in addition to that named in paragraph 1 because of conditions, which may not be foreseeable. I therefore consent to the performance of such additional surgery or treatments and procedures as are deemed necessary or advisable by the assistants and associates of the medical practitioner's choosing.

Yo entiendo que durante el curso de la cirugía/procedimiento o tratamiento, el personal médico nombrado en el párrafo dos (2) o sus asociados pueden considerar necesario o recomendable realizar procedimientos o dar tratamiento adicional al mencionado en el párrafo 1 debido a condiciones que pueden ser imprevistas. Por lo tanto yo doy consentimiento a la realización de dicha cirugía o tratamientos y procedimientos adicionales como sea determinado necesario o recomendable por parte de los asistentes y asociados seleccionados por el personal médico.

CONSENT FOR SURGERY, ANESTHESIA AND OTHER MEDICAL PROCEDURES

CONSENTIMIENTO PARA CIRUGÍA, ANESTESIA Y OTROS PROCEDIMIENTOS MÉDICOS

Page 2 of 5

4. The nature and purpose of the surgery, treatment or procedure and the reasonable (1) alternatives to the proposed care, treatment, and services; (2) the likelihood of achieving care, treatment and service goals; (3) anticipated potential benefits, relevant, material risks, or side effects, including relevant potential problems related to recuperation; (4) the nature of the proposed treatment, interventions, or procedures; (5) the relevant, material risks, benefits and side effects related to alternatives, including the possible results of not receiving care, treatment and services have been explained to me.

Me han sido explicados la naturaleza y propósito de la cirugía, tratamiento o procedimiento y (1) las alternativas para el cuidado, tratamiento y servicios propuesto; (2) la probabilidad de lograr las metas de cuidado, tratamiento y servicio; (3) los beneficios potenciales anticipados, riesgos materiales relevantes o efectos secundarios, incluyendo problemas potenciales relevantes relacionados con la recuperación; (4) la naturaleza del tratamiento, intervenciones o procedimientos propuestos; (5) los riesgos materiales relevantes, beneficios y efectos secundarios relacionados con alternativas, incluyendo los posibles resultados de no recibir cuidado, tratamiento y servicios.

5. I consent to the administration of such anesthetics as may be considered necessary or advisable by the person authorized to administer anesthesia. *(Cross out if no anesthesia to be used. If anesthetics are to be used, affirmation of anesthesiology provider is required.)*

Doy consentimiento para la administración de anestésicos como sea considerado necesario o recomendable por la persona autorizada a administrar la anestesia. *(tachar si no se usará anestesia. Si se van a usar anestésicos, se requiere la afirmación del proveedor de anestesiología)*

6. I consent for tissues or parts of my body removed at surgery, body fluids, x-ray films, and other materials, as well as medical information concerning me to be used in research studies, in publication of results, and in teaching.

Doy consentimiento para que tejidos o partes de mi cuerpo extraídos durante la cirugía, líquidos corporales, imágenes de rayos X y otros materiales, al igual que información médica relacionada conmigo, sean usados en estudios de investigación, en publicación de resultados y para la enseñanza.

7. I consent to the disposal by authorities or agents of Provena Mercy Medical Center of any tissues or body parts, which may be removed unless I specify otherwise.

Doy mi consentimiento para que autoridades o agentes de Provena Mercy Medical Center desechen todo tejido y partes corporales, las cuales pueden ser removidas a menos que yo especifique lo contrario.

8. I consent to the photographing or televising of the procedure(s)/treatment(s) to be performed including appropriate portions of my body for medical, scientific or educational purposes, provided my identity is not revealed by the pictures or by descriptive texts accompanying them. *(Cross out if no photographing or televising is to be used and initial _____.)*

Doy mi consentimiento a que se fotografien o televisen el(los) procedimiento(s)/tratamiento(s) que se va(n) a realizar, incluyendo las porciones de mi cuerpo apropiadas, con propósitos científicos o educativos, dando por hecho que mi identidad no será revelada por las fotos o texto descriptivo que las acompaña. *(Tachar si no se usará fotografía o televisión y colocar iniciales _____.)*

9. If the medical practitioner deems it necessary, I also authorize, permit and consent to the presence of any sales representatives or vendors in the procedure, for technical support only. I understand that the sales representatives or vendor will NOT physically participate in the procedure, but will be present only in an advisory capacity for the responsible practitioner. *(Cross out if not applicable and initial _____.)*

Si el personal médico lo considera necesario, yo también autorizo, permito y doy mi consentimiento a la presencia de representantes de ventas o vendedores durante el procedimiento, solamente para apoyo técnico. Entiendo que los representantes de ventas o vendedores NO participarán físicamente en el procedimiento, sino que estarán presentes solamente para asesorar al personal médico responsable. *(Tachar si no aplica y colocar iniciales _____.)*

CONSENT FOR SURGERY, ANESTHESIA AND OTHER MEDICAL PROCEDURES

CONSENTIMIENTO PARA CIRUGÍA, ANESTESIA Y OTROS PROCEDIMIENTOS MÉDICOS

Page 3 of 5

10. For the purpose of advancing medical education, I consent to the admittance of observers to the room in which the procedure(s)/treatment(s) is performed.

Patients with Do Not Resuscitate orders only: (Please circle A or B):

A. I understand that by consenting to this procedure, I am also consenting to a temporary suspension of my DNR (Do Not Resuscitate) order until anesthesia recovery period has ended.

B. I request not to be resuscitated in case of cardiac arrest during the procedure.

Con el propósito de avanzar la educación médica, doy mi consentimiento para que se permitan observadores en la sala en la que se va(n) a realizar el(los) procedimiento(s).

Solamente para Pacientes con órdenes de No Revivir: (Por favor encierre en un círculo A ó B):

A. Entiendo que al dar el consentimiento para este procedimiento, también estoy dando consentimiento para suspender temporalmente mi orden de No revivir (DNR por sus siglas en inglés) hasta que el periodo de recuperación de la anestesia haya terminado.

B. Solicito que no se me reviva en caso de un paro cardiaco durante el procedimiento.

I have read and understand the above Consent Form and the reasons why the surgery, treatment, or procedure is necessary.

He leído y entiendo el formulario de consentimiento de arriba y las razones por las cuales la cirugía, tratamiento o procedimiento es necesario.

_____ (Print Patient Name) (Nombre del paciente en letra de molde)	_____ (Patient Signature) (Firma de paciente)	_____ (Date/Time) (Fecha/hora)
_____ (Signed on Behalf of Patient – Print Name) (Firmado en nombre del paciente – Nombre en letra de molde) Relationship to Patient: Parentesco con el paciente: _____	_____ (Signature) (Firma)	_____ (Date/Time) (Fecha/hora)
_____ (Witness: Print Name) (Testigo: nombre en letra de molde)	_____ (Signature) (Firma)	_____ (Date/Time) (Fecha/hora)
☐ Check here if Consent is received verbally via telephone: Marque aquí si el Consentimiento es recibido verbalmente por teléfono:		
		_____ (Example: patient's parent, guardian, agent, etc.) (Ejemplo: padre del paciente, tutor, agente, etc.)
_____ (2nd Witness: Print Name) (2° testigo: nombre en letra de molde)	_____ (Signature) (Firma)	_____ (Date/Time) (Fecha/hora)

CONSENT FOR SURGERY, ANESTHESIA AND OTHER MEDICAL PROCEDURES

CONSENTIMIENTO PARA CIRUGÍA, ANESTESIA Y OTROS PROCEDIMIENTOS MÉDICOS

Page 4 of 5

**AFFIRMATION OF INFORMED CONSENT BY PRACTITIONER
PERFORMING THE PROCEDURE(S)**

I, _____ have informed the above-named
(Print Name of Practitioner)

patient or the patient's legal representative authorized to extend consent on the patient's behalf, of the medical condition requiring surgical treatment and/or the further diagnostic procedures referred to above. I have explained, consistent with accepted medical judgment, the nature and purposes of the treatment(s) or procedure(s), the reasonable (1) possible alternatives, (2) relevant material risks and (3) complications in the treatment; (4) the anticipated benefits and likelihood of achieving care treatment and service goals; (5) relevant potential problems related to recuperation; (6) the results of not receiving care, treatment or services or procedures consented to.

(Practitioner signature)

(Date/Time)

**AFIRMACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO POR PARTE DEL PERSONAL MÉDICO QUE REALIZA EL(LOS)
PROCEDIMIENTO(S)**

Yo, _____ he informado al paciente mencionado
(Nombre del personal médico en letra de molde)

Arriba o al representante legal autorizado del paciente para dar consentimiento en nombre del paciente, de la condición médica que requiere el tratamiento quirúrgico y/o procedimientos diagnósticos adicionales mencionados arriba. He explicado, de manera consistente con el criterio médico aceptable, la naturaleza y los propósitos del(de los) tratamiento(s) ó procedimiento(s), (1) las posibles alternativas, (2) los riesgos materiales relevantes y (3) complicaciones en el tratamiento; (4) los beneficios anticipados y la probabilidad de alcanzar las metas del tratamiento y servicio; (5) problemas potenciales relevantes relacionados con la recuperación; (6) los resultados de no recibir cuidado, tratamiento o servicios o los procedimientos para los cuales ha consentido.

(Firma del personal médico)

(Fecha/hora)

CONSENT FOR SURGERY, ANESTHESIA AND OTHER MEDICAL PROCEDURES

CONSENTIMIENTO PARA CIRUGÍA, ANESTESIA Y OTROS PROCEDIMIENTOS MÉDICOS

Page 5 of 5

AFFIRMATION OF INFORMED CONSENT BY ANESTHESIA PROVIDER
(CROSS OUT IF NO ANESTHESIA REQUIRED)

I, _____ have informed the above-named

(Print Name of Anesthesia Provider)

patient or the patient's legal representative authorized to extend consent on the patient's behalf, of the methods of anesthesia proposed for the procedures referred to above. I have explained consistent with accepted medical judgment the nature and purpose of the anesthesia, the (1) alternative anesthesia methods, (2) anesthesia risks involved, (3) possibility of anesthesia complications, (4) the anticipated benefits and likelihood of achieving care, treatment and service goals, (5) relevant potential problems related to recuperation from anesthesia, (6) the results of not receiving care, treatment or services or procedures consented to related to anesthesia. In addition, I have explained that the anesthetic which is proposed to be used is a _____ anesthetic but that an alternative form of anesthesia may be used if required by unexpected conditions arising before or during the procedure.

M.D.,D.O.,CRNA (circle one)

(Provider signature)

(Date/Time)

AFIRMACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO POR PARTE DEL PROVEEDOR DE ANESTESIA
(TACHAR SI NO SE REQUIERE ANESTESIA)

Yo, _____ he informado al paciente mencionado

(Nombre del proveedor de anestesia en letra de molde)

Arriba o al representante legal del paciente autorizado para dar consentimiento en nombre del paciente, de los métodos de anestesia propuestos para los procedimientos descritos arriba. He explicado de manera consistente con el criterio médico aceptable, la naturaleza y el propósito de la anestesia, (1) los métodos alternativos de anestesia, (2) los riesgos de la anestesia, (3) la posibilidad de complicaciones de la anestesia, (4) los beneficios anticipados y la probabilidad de alcanzar las metas de cuidado, tratamiento y servicio, (5) los problemas potenciales relevantes relacionados con la recuperación de la anestesia, (6) los resultados de no recibir cuidado, tratamiento o servicio o los procedimientos a los que da consentimiento relacionados con la anestesia. Además, he explicado que el anestésico propuesto es un anestésico _____ pero que puede que se use una forma alternativa de anestesia si es requerido por condiciones inesperadas que surjan antes o durante el procedimiento.

M.D.,D.O., CRNA (encierre uno
en un círculo)

(Firma del proveedor)

(Fecha/hora)

THIS CONSENT IS VALID FOR 30 DAYS

ESTE CONSENTIMIENTO ES VÁLIDO POR 30 DÍAS