SURGERY Center OF LANCASTER

810 Plaza Blvd, Suite 101
Lancaster, PA 17601
Teléfono : 717-431-2368
Fax: 717-431-2540

CONSENTIMIENTO PARA OPERACIÓN U OTRO PROCEDIMIENTO ESPECIALIZADO

Nombre del paciente _____Nombre del médico _____

Procedimiento(S)_____

_____

Diagnóstico_____

_____

1. El centro cuenta con personal e instalaciones para asistir a los médicos y a los cirujanos en la realización de diversos procedimientos quirúrgicos y otros procedimientos de diagnóstico o terapéuticos. Por lo general, tales médicos, cirujanos y profesionales no son agentes, trabajadores ni empleados del centro, sino contratistas independientes y, por tanto, son los agentes o trabajadores del paciente. El centro proporciona servicios e instalaciones de enfermería y apoyo; el centro no proporciona la atención por parte de los médicos.
2. Mi médico me ha explicado la o las operaciones y/o el o los procedimientos a realizarse, arriba indicados, las ventajas y desventajas, los riesgos y las complicaciones posibles y los riesgos relacionados con la anestesia y sus beneficios, y las ventajas y desventajas, como las alternativas por las hospital menos surgerio media así como las alternativas. El médico ha respondido satisfactoriamente a todas mis preguntas.
3. Doy mi consentimiento con el entendimiento de que cualquier operación o procedimiento supone riesgos y peligros. Entre los riesgos más comunes se hallan: infección, hemorragia, lesión a los tejidos, coágulos de sangre y reacción alérgica. Tales riesgos pueden ser graves y posiblemente fatales. También entiendo que no se ha hecho garantía alguna.
4. Autorizo a mi médico y le ordeno que haga los arreglos para tales servicios adicionales para mi persona según se consideren necesarios o recomendables, entre los que se incluyen, aunque no de forma exclusiva, la administración y el mantenimiento de anestesia, así como la prestación de servicios de patología y de radiología, los cuales autorizo mediante el presente.
5. Autorizo al patólogo o al médico para que emplee su discreción en el desecho de cualquier miembro, órgano, implante, prótesis o tejido que se retire de mi persona durante la operación o el procedimiento.
6. En caso de que el médico, contratista o empleado del centro entre accidentalmente en contacto con mi sangre o con mis líquidos corporales, concedo mi autorización para que se realicen las pruebas del VIH y de la hepatitis.
7. Entiendo que es mi responsabilidad y he hecho los arreglos necesarios para que un adulto responsable me lleve a casa después de la operación. Reconozco que el personal del centro me ha indicado que no debo conducir hasta que los efectos de los medicamentos hayan pasado. Entiendo que eso significa que no deberé conducir hasta el día siguiente de la operación o del procedimiento según las órdenes por mi médico.
8. Por el presente, autorizo la presencia de otra(s) persona(s) para fines exclusivos de observación y/o educación. Entiendo que tal(es) persona(s) no participarán en el procedimiento en sí.
9. Exonero al centro de toda responsabilidad por la pérdida y/o daños a dinero, joyas y otros efectos valiosos que haya yo traído al centro.
10. Entiendo que si estoy embarazada o existe la posibilidad de que lo esté, deberé informarlo de inmediato al centro.
11. Entiendo que mi médico podría tener un interés de propiedad en el centro y reconozco que tengo derecho a someterme a la operación o al procedimiento en otro lugar.
12. Entiendo que en el excepcional caso que se requiriese hospitalizarme durante la operación o inmediatamente después de la misma, mi médico coordinará mi traslado a un hospital local.
13. Mi firma a continuación indica que reconozco (1) haber leído o que se me ha leído lo antedicho, y lo acepto; (2) que él o que los procedimientos me han sido debidamente explicados por mi médico; (3) que autorizo la realización del procedimiento y de cualquier procedimiento adicional que mi médico considere recomendable haciendo uso de su criterio profesional; (4) que autorizo la administración de anestesia para tal(es) procedimiento(s.
14. Si el paciente no soy yo, afirmo que tengo la autoridad del paciente quien, debido a su edad u otro impedimento legal, no puede autorizar los asuntos arriba indicados. Tengo derechos plenos para autorizar los asuntos arriba indicados y los autorizo; (b) por él mediante indemnifico y exonero al centro, a sus empleados, agentes, personal médico, socios y afiliados de todo costo o responsabilidad como resultado de mi falta de autoridad adecuada para dar este consentimiento.

_____ _____

Firma del paciente Fecha
(Patient Signature)

Firma de la persona legalmente responsable Fecha
(Signature of Legally Responsible Person)

_____ _____

Firma del testigo ` Fecha
(Witness Signature)

_____ _____

Firma del médico a cargo del procedimiento Fecha
(Physician Signature Responsible for Procedure)

Firma del médico a cargo de la anestesia Fecha
(Physician Signature Responsible for Anesthesia)