Mount Sinai

The Mount Sinai Hospital
One Gustave L. Levy Place
New York, New York 10029

Nombre _____

Fecha de Nacimiento _____

Nro. de historia clínica/MRN _____

CONSENTIMIENTO PARA CIRUGÍA/ PROCEDIMIENTO/TRATAMIENTO Y ANESTESIA

1. Por este medio autorizo a _____ (*Médico/proveedor*) y _____ (*Co-cirujano/Profesional médico con privilegio para realizar procedimientos*) y a los asociados o asistentes nombrados para realizar a _____ (*Nombre del paciente o "Yo"*) el(los) siguiente(s) tratamiento(s), cirugía(s) y/o procedimiento(s) que incluyen:

_____

_____

Un equipo de profesionales médicos trabajará en conjunto para realizar mi procedimiento o cirugía. Mi médico/proveedor o el médico designado estará presente durante las partes críticas del procedimiento o de la cirugía, aunque otros profesionales médicos pueden realizar algunos aspectos del procedimiento conforme mi médico o el médico designado lo considere conveniente.

2. El proveedor médico a cargo anteriormente mencionado (o su designado _____) me ha explicado completamente, en mi idioma preferido, la naturaleza de la atención, el tratamiento, los servicios, las intervenciones, los procedimientos y/o los medicamentos que se proponen, y también me ha informado sobre los posibles beneficios, riesgos o efectos secundarios, que incluyen los posibles problemas que podrían surgir durante la recuperación. He sido informado sobre la probabilidad de lograr los objetivos propuestos y sobre las alternativas razonables para el plan de atención propuesto. He sido informado sobre los riesgos, beneficios y efectos secundarios relevantes, entre los que se incluyen los posibles resultados por no recibir el tratamiento propuesto. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas se han respondido plenamente y a mi entera satisfacción.
3. Entiendo que existe la posibilidad de que, durante el transcurso de la cirugía, el tratamiento, o el procedimiento propuesto, surjan condiciones imprevistas que necesiten de una cirugía, tratamiento, o procedimiento diferente a los contemplados. Doy mi consentimiento para la realización de la cirugía/tratamiento/procedimiento adicional que el médico antes nombrado o sus adjuntos/asistentes puedan considerar necesario.
4. Entiendo que existe la posibilidad de que pueda requerir la administración de anestésicos/sedantes/analgésicos considerados necesarios bajo la dirección de un profesional de la salud autorizado. Entiendo que un profesional de la salud autorizado me informará de los riesgos de la administración anestésicos/sedantes/analgésicos, sus beneficios y alternativas antes de la cirugía/procedimiento/tratamiento.
5. Yo, además, doy mi consentimiento para la transfusión de sangre o componentes de la sangre, según se considere necesario para la cirugía/ procedimiento/tratamiento propuesto. He sido informado de los riesgos de la administración de estos productos, sus beneficios y alternativas.
6. Cualquier (cualquiera de los) órgano(s)/tejido(s)/implante(s)/líquido(s) corporal(es) extraído(s) quirúrgicamente puede(n) ser examinado(s) y retenido(s) por el Hospital con fines médicos, científicos o educativos y tales tejidos, órganos y/o líquidos corporales pueden desecharse de conformidad con las prácticas habituales.
7. Doy mi consentimiento para tomar las fotografías, grabar las cintas de video y/o televisión por circuito cerrado, y hacer las publicaciones correspondientes, de esta cirugía/tratamiento/procedimiento con fines médicos, científicos o educativos, siempre y cuando no se revele mi identidad. También doy mi consentimiento para que puedan ingresar observadores y/o apoyo técnico o del proveedor autorizados a la sala de operaciones o sala de tratamiento.
8. He tachado y puesto mis iniciales en los párrafos con los que no estoy de acuerdo.

Paciente*, familiar o tutor:	*Nombre en letra de imprenta*	*Firma*	*Hora*	*Fecha*	*Relación*
Firma del testigo:	*Nombre en letra de imprenta*	*Firma*	*Hora*	*Fecha*	El paciente confirmó Firma del testigo (Marque la casilla si corresponde) ☐
Nombre o numero del interprete:	*Nombre en letra de imprenta*	*Firma*	*Hora*	*Fecha*	Interpretación rechazada por el paciente (Marque la casilla si aplica) ☐

☐ **Consentimiento recibido por teléfono *(Marque la casilla si aplica)***

➔ **The Attending Physician or Privileged Proceduralist who is performing the procedure must sign the certification below.**

I, the Attending Physician or Privileged Proceduralist, hereby certify that the nature, purpose, benefits, risks of, and alternatives to the proposed procedure/operation have been explained to the patient/relative/guardian and I have offered to answer any questions and have fully answered all such questions. I believe that the patient/relative/guardian fully understands what I have explained and answered. In the event that I was not present when the patient signed this form, I understand that the form is only documentation that the informed consent process took place. I remain responsible for having obtained consent from the patient.

Print Name	*Attending Physician/Privileged Proceduralist Signature*	*Time*	*Date*

➔ **If more than thirty days have passed since this consent form was signed or the consent conversation was held:**

I, the Attending Physician or Privileged Proceduralist, have reaffirmed the patient's understanding and certify that there has been no substantial change to the patient's condition in the time period since the consent form was signed.

Print Name	*Attending Physician/Privileged Proceduralist Signature*	*Time*	*Date*

* The signature of the patient must be obtained unless the patient is under the age of 18 or incompetent.
NOTE: THIS DOCUMENT MUST BE MADE PART OF THE PATIENT'S MEDICAL RECORD.