



## CONSENTIMIENTO DE ATENCIÓN Y TRATAMIENTO MÉDICO O QUIRÚRGICO

NOTA PARA EL PACIENTE: Cualquier procedimiento o tratamiento conlleva riesgos. No es posible garantizar ni asegurar un resultado exitoso. Es importante que usted comprenda claramente y esté de acuerdo con la operación o el tratamiento planeado.

Autorizo al / a la Dr. \_\_\_\_\_ y a los médicos, colegas, asistentes y otro personal o a los hospitales o centros medicos elegido/s por él/ella para realizar lo siguiente (CONOCIDO EN TÉRMINOS MÉDICOS COMO):

---

---

---

---

y/o llevar a cabo cualquier procedimiento que a su criterio sea aconsejable para mi bienestar, incluyendo los procedimientos que se consideren aconsejables desde el punto de vista médico para solucionar problemas descubiertos durante el procedimiento mencionado.

- **RIESGOS Y COMPLICACIONES GENERALES.** Estoy conforme con mi comprensión de los riesgos y complicaciones más comunes del tratamiento o procedimiento que se describen en general al dorso de este formulario de consentimiento. Estos riesgos incluyen riesgo de hemorragia, infección, dolor, riesgos relacionados con la anestesia y la muerte.
- **RIESGOS Y COMPLICACIONES ESPECÍFICOS.** Estoy conforme con mi comprensión de los riesgos específicos de este procedimiento o tratamiento (el médico deberá describir los riesgos específicos cuando corresponda):

---

---

---

- **MÉTODOS DE TRATAMIENTO ALTERNATIVOS.** Estoy conforme con mi comprensión de los procedimientos o tratamientos alternativos y los posibles beneficios o riesgos incluyendo (el médico debe describir los procedimientos alternativos específicos y complicaciones cuando corresponda): \_\_\_\_\_

---

---

- **SIN TRATAMIENTO.** Estoy conforme con mi comprensión de las posibles consecuencias, resultados o riesgos ante la falta de tratamiento.
- **SEGUNDA OPINIÓN.** Me han dado la oportunidad de buscar una segunda opinión sobre el tratamiento o procedimiento propuesto.
- **PROCEDIMIENTOS ADICIONALES O DIFERENTES DURANTE LA ATENCIÓN Y TRATAMIENTO.** Entiendo que pueden surgir problemas que son imprevistos en este momento y que puede ser necesario y aconsejable realizar operaciones y procedimientos diferentes o adicionales al procedimiento descrito. Autorizo y doy mi consentimiento para que se realicen las operaciones o procedimientos adicionales o diferentes que se consideren necesarios y aconsejables.

- OTROS SERVICIOS. Doy mi consentimiento para que se realicen los servicios de patología y radiología necesarios y además autorizo la eliminación de cualquier tejido o miembro obtenido de conformidad con la práctica acostumbrada en el hospital o centro médico.
  - FOTOGRAFÍA. Doy mi consentimiento para que se fotografíe, filme o grave en video el tratamiento o procedimiento con fines educativos o diagnósticos.
  - SIN GARANTÍAS. Entiendo que cualquier procedimiento o tratamiento conlleva riesgos, y no es posible garantizar ni asegurar un resultado exitoso.
  - OTRAS PREGUNTAS. Estoy conforme con mi comprensión de la naturaleza del procedimiento o tratamiento y todas las preguntas adicionales sobre el tratamiento o procedimiento han sido respondidas.

He leído y me han entregado una copia de este formulario.

FECHA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_ AM/PM

NOMBRE DEL PACIENTE EN LETRA IMPRENTA: \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_

(PACIENTE, PADRE O TUTOR LEGAL)

TRADUCIDO POR (SI CORRESPONDE): \_\_\_\_\_

MÉDICO: \_\_\_\_\_

TESTIGO: \_\_\_\_\_