

**Autorización y consentimiento para el procedimiento**

Otorgo mi consentimiento para permitir que mi médico y cualquier otro médico asistente y personal de cirugía, según lo solicitado por mi médico, realicen el siguiente procedimiento:

**Procedure name**

Mi médico me ha explicado la naturaleza y el propósito del procedimiento que se realizará. Entiendo que la práctica de la medicina y de la cirugía no es una ciencia exacta y reconozco que no se me ha garantizado nada con respecto a los resultados de este procedimiento. Además, autorizo la realización de cualquier otro procedimiento que, a criterio de mi médico o de otros proveedores de atención médica que participen en el procedimiento, pueda ser necesario para mi bienestar, lo cual incluye las intervenciones que se consideren aconsejables desde el punto de vista médico para tratar las afecciones que se descubran durante el procedimiento.

Mi médico me ha explicado los riesgos y/o las complicaciones y los beneficios del procedimiento, además de las alternativas médicamente aceptables a este. Los estudios mediante radiografía pueden ser una alternativa, pero estos no permiten una visualización directa del tejido ni la extracción de muestras de tejido o pólipos, en caso de que fuera necesario. Los posibles riesgos o complicaciones de este procedimiento incluyen, entre otros, infección, reacción adversa al medicamento, traumatismo dental, lesiones a órganos, perforación, sangrado, complicaciones cardiorrespiratorias y muerte; pero dichos riesgos o complicaciones son comunes a la realización de cualquier procedimiento. En un pequeño porcentaje de pacientes, pueden producirse un diagnóstico insuficiente o erróneo.

Entiendo que hay riesgos en procedimiento y que, para el médico, resulta imposible informarme todas las posibles complicaciones. He elegido proceder después de haber tenido conocimiento de esta información y de haber recibido respuestas satisfactorias a todas mis preguntas.

Entiendo que los servicios de anestesia son brindados por un proveedor de anestesia y que firmaré un formulario de consentimiento aparte para esos servicios. En caso de que mi médico, el proveedor de anestesia, el personal u otro paciente se vean expuestos a mi sangre, líquidos corporales o materiales contaminados, acepto permitir la realización de análisis que determinen la presencia de VIH y hepatitis. Un laboratorio acreditado, sin costo para mí, realizará todos los análisis de laboratorio necesarios.

He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre el procedimiento que se realizará. Me han explicado los procedimientos y las técnicas que pueden utilizarse, así como los riesgos, los beneficios y las alternativas; y firmo este contrato con el fin de otorgar libremente mi consentimiento para la cirugía o el procedimiento.

El que suscribe certifica que ha leído lo anterior y que el paciente, el tutor legal del paciente o el representante autorizado del paciente aceptan los términos que allí se enuncian.

\_\_\_\_\_  
Firma de paciente o tutor legal:

\_\_\_\_\_  
Fecha/Hora

\_\_\_\_\_  
Testigo de la firma anterior/Witness to above signature

\_\_\_\_\_  
Fecha/Hora:Date/Time

Declaración del médico: Certifico que le he explicado al paciente/adulto responsable los riesgos y los beneficios de la cirugía/del procedimiento, además de las alternativas de estos; y que le he permitido al paciente/adulto responsable hacer preguntas.

\_\_\_\_\_  
Firma del médico

\_\_\_\_\_  
Fecha/Hora

<Patient Name>

<MRN>

<DOB>