

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO - CARDIOVERSIÓN

AL PACIENTE: Usted tiene el derecho, como paciente, de informarse sobre su condición y el procedimiento médico, quirúrgico, o diagnóstico recomendado, para que tome la decisión de continuar o no, sabiendo bien los riesgos y peligros involucrados. Este documento no tiene el propósito de darle miedo ni preocupación; es simplemente un esfuerzo para darle información importante a fin de que usted de o niegue su consentimiento para el procedimiento.

1. Yo solicito (Nosotros solicitamos) voluntariamente al Doctor (a los Doctores) _____ como mi médico (mis médicos) y sus asociados, asistentes técnicos, y otros proveedores de atención médica que sean necesarios, para tratar mi condición, la cual se me (nos) ha explicado como (en palabras sencillas) Latido irregular del corazón

2. Yo entiendo (Nosotros entendemos) que los siguientes procedimientos quirúrgicos, médicos, y/o diagnósticos están planeados para mi y yo consiento (nosotros consentimos) voluntariamente y autorizo (autorizamos) estos procedimientos: Cardioversión – estímulo eléctrico del corazón para que lata regularmente

Favor de marcar la caja correcta: Derecho Izquierdo Ambos lados No aplicable

3. Yo entiendo (Nosotros entendemos) que es posible que el médico encuentre otras condiciones que requieran procedimientos adicionales o diferentes de los planeados. Yo autorizo (Nosotros autorizamos) a mi médico, y sus socios, asistentes técnicos, y otros proveedores de atención médica hacer los procedimientos que son recomendables en su juicio profesional.

4. Yo doy (Nosotros damos) , Yo no doy (Nosotros no damos) , permiso para el uso de sangre y productos sanguíneos como sean necesarios. Yo entiendo (Nosotros entendemos) que los peligros y riesgos siguientes pueden ocurrir en correlación con el uso de sangre y productos sanguíneos:

- a. Infección grave incluyendo, pero no limitada a, Hepatitis y VIH, que puede resultar en daño en los órganos y la discapacidad permanente.
- b. Daño relacionado con la transfusión de sangre, a los pulmones, corazón, hígado, riñones y el sistema inmune.
- c. Reacción alérgica grave, potencialmente fatal.

5. Yo entiendo (Nosotros entendemos) que no se ha hecho ninguna garantía en cuanto a una curación o algún resultado particular.

6. Tal como hay riesgos y peligros si yo continuo en mi condición actual sin tratamiento, también hay riesgos y peligros relacionados con el desempeño de los procedimientos quirúrgicos, médicos, y/o diagnósticos que están planeados para mí. Yo reconozco (Nosotros reconocemos) que los procedimientos quirúrgicos, médicos, y diagnósticos traen la posibilidad de infección, coágulos en las venas y los pulmones, hemorragia, reacciones alérgicas y aún la muerte. También reconozco (reconocemos) que este procedimiento en particular, trae los siguientes riesgos: daño or bloque de las arterias que requiera cirugía u otra intervención inmediata, hemorragia (severa pérdida de sangre), daño a las partes del cuerpo que reciben sangre por la arteria involucrada causando pérdida de la función o la amputación (remoción quirúrgica de la parte dañada), empeoramiento de la condición por la cual se hace este procedimiento, apoplejía o convulsión (por los procedimientos de los vasos sanguíneos de la columna espinal, brazos, cuello, o cabeza), ceguera temporal o pérdida de la memoria relacionada con el uso del medio de contraste (en el estudio de los vasos del cerebro), parálisis (incapacidad de moverse) e inflamación de los nervios (por procedimientos en los vasos sanguíneos de la columna espinal), nefropatía de contraste (daño a los riñones debido al uso del medio de contraste durante el procedimiento), trombosis (formación de coágulos o bloqueo de los vasos sanguíneos) en el sitio del procedimiento u otra parte del cuerpo, infarto agudo de miocardio (ataque del corazón), perforación de miocardio (una rotura/agujero del músculo/pared del corazón), arritmia grave del corazón (latido del corazón irregular), necesidad de tener una cirugía emergente de corazón abierto, muerte repentina, fallo del procedimiento, necesidad to tener procedimientos adicionales, formación de coagulos en el corazón, infarto cardíaco, hipotensión (presión de sangre muy baja), edema pulmonar, dolor, infección, o infección demorada relacionada con la inserción de algún dispositivo.

7. Yo entiendo (Nosotros entendemos) que las ordenes sobre **No Resucitar, Permitir Muerte Natural**, y todas las restricciones de la resucitación quedan suspendidas durante el período del procedimiento/cirugía y hasta que se cumpla la recuperación de la anestesia. Todas las medidas de resucitación necesarias serán determinadas por el anestesiólogo hasta que el paciente salga de la sala de recuperación después del procedimiento.



8. Yo autorizo (Nosotros autorizamos) a University Medical Center preservar por propositos educativos, y/o para el uso como injerto o trasplante en personas vivas, o de otra manera desechar cualquier tejido, parte, u órgano que se me remueva con la excepción de: NINGUNA
9. Yo doy (Nosotros damos) permiso de tomar fotos o videos y el uso de circuito cerrado de televisión durante el procedimiento.
10. Yo doy (Nosotros damos) permiso para que un representante corporativo esté presente durante el procedimiento en un papel de consultor.
11. Se me (nos) ha ofrecido la oportunidad de hacer preguntas sobre mi condición, formas alternativas de anestesia y tratamiento, riesgos de no recibir tratamiento, los tratamientos que me han sido recomendados y los riesgos y peligros de ellos, beneficios posibles, riesgos, efectos secundarios incluyendo problemas posibles relacionados con la recuperación y la probabilidad de alcanzar las metas del cuidado, tratamiento, y servicio. Yo creo (Nosotros creemos) que tengo (tenemos) información suficiente para dar este consentimiento informado.
12. Yo certifico (Nosotros certificamos) que se me (nos) explicó el uso de este informe y que lo he (hemos) leído o que me (nos) fue leído, que he (hemos) llenado los espacios, y que entiendo (entendemos) su contenido.

SI NO DOY (DAMOS) MI (NUESTRO) CONSENTIMIENTO A CUALQUIERA DE LAS PROVISIONES DE ESTE INFORME, ESA PROVISION HA SIDO CORREGIDA.

Yo he explicado el procedimiento/tratamiento, incluyendo los beneficios anticipados, riesgos mayores, y terapias alternativas al paciente o a los representantes autorizados del paciente.

_____ AM/PM _____
 Fecha Hora Nombre impreso del proveedor/agente Firma del proveedor/agente

_____ AM/PM _____
 Fecha Hora

 Paciente u otra persona legalmente responsable/autorizada Relación con el paciente, si es otra persona

 Firma del testigo Nombre impreso del testigo

- UMC 602 Indiana Avenue, Lubbock, TX 79415 TTUHSC 3601 4th Street, Lubbock, TX 79430
- UMC Health & Wellness Hospital 11011 Slide Road, Lubbock TX 79424
- Otra Dirección: _____

Interpretación/ODI (On-Demand Interpreting) Sí No _____
 Fecha y Hora (si se usa)

Forma alternativa de comunicación usada Sí No _____
 Nombre impreso del intérprete Fecha/Hora

Fecha en que se hace el procedimiento: _____

